

*Enfermería,  
disciplina científica  
(Una aproximación epistemológica)*

Mädy Fuerbringer Bermeo  
Ma. Isabel Villarreal Guzmán  
Javier Guerra Ruiz-Esparza

Escuela de Enfermería  
Universidad Autónoma de San Luis Potosí

---

San Luis Potosí, S.L.P., Méx., 1995



*Enfermería,  
Disciplina Científica  
(Una aproximación epistemológica)*



*Enfermería,  
disciplina científica  
(Una aproximación epistemológica)*

Mädy Fuerbringer Bermeo  
Ma. Isabel Villarreal Guzmán  
Javier Guerra Ruiz-Esparza

Escuela de Enfermería  
Universidad Autónoma de San Luis Potosí

---

San Luis Potosí, S.L.P., Méx., 1995

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI**

Rector: Ing. Jaime Valle Méndez

Secretario Académico: Dr. Luis del Castillo Mora

**ESCUELA DE ENFERMERIA**

Directora: Lic. Enf. Ma. Isabel Villarreal Guzmán

© Derechos Reservados

ISBN-968-6194-92-4

0437-95040-A0089

---

Editorial Universitaria Potosina

A:

*Nicanor Ursúa Lezaun*

Impulsor de este escrito

---

Doctor en filosofía

Catedrático de Teoría y Metodología de la Ciencia de la Universidad del País Vasco.

Miembro Fundador del Instituto Europeo de la Ciencia y Tecnología (INVESCIT).

Coordinador del "Programa Interuniversitario Europeo de Educación en Sociedad-Ciencia-Tecnología".

Miembro del Comité Organizador de los "International Colloquim on Cognitive Science".

Miembro del Consejo Editor de las revistas: *Theoria*, *Historia y fundamentos de la Ciencia*, y *Zientzartekoa*.

Director de la colección "Nueva Ciencia" de la editorial "Anthropos" de España.

## **LOS AUTORES**

**Mädy Fuerbringer Bermeo**

**Psiquiatra, Ph. D. med., Investigadora-docente**

**Unidad Académica de Enfermería y Obstetricia**

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México.**

**Ma. Isabel Villarreal Guzmán**

**Licenciada en Enfermería. Docente-investigadora**

**Directora de la Escuela de Enfermería**

**Universidad Autónoma de San Luis Potosí. México.**

**Javier Guerra Ruiz-Esparza**

**Psicólogo, M. C. Pedagógicas, Docente-investigador**

**Instituto de Ciencias Educativas**

**Universidad Autónoma de San Luis Potosí. México.**

## **LOS COLABORADORES**

### *Profesionales de la Enfermería*

Reyna León Santiago  
E. S. P., Licenciada en Enfermería  
Directora Académica  
Escuela de Enfermería de la Cruz Roja, Puebla, Pue., México.

Marciana Román Aguilera  
Licenciada en Enfermería  
Directora Facultad de Enfermería  
Universidad Veracruzana, Unidad Xalapa, México.

Gloria Popoca Ortega  
Profesora auxiliar y principal  
Instituto Superior de Ciencias Médicas  
La Habana, Cuba.

Juana Rodríguez Velázquez  
Profesora investigadora  
Departamento de Atención a la Salud  
Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Xochimilco, México, D.F.

Dolores García Cerón  
Licenciada en Enfermería  
Secretaria Académica Facultad de Enfermería  
Universidad Veracruzana, Unidad Xalapa, México.

Eugenia Barrientos González  
Licenciada en Enfermería, Docente  
Unidad Académica de Enfermería y Obstetricia  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

María de la Paz Toledo Flores  
Licenciada en Enfermería  
Hospital de Especialidades IMSS-Puebla  
Docente Unidad Académica de Enfermería y Obstetricia  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

Soledad Buenabad Jiménez  
Licenciada en Enfermería  
Consultora del IMSS-Puebla, Méxco.

Elba González Pérez  
Enfermera intensivista  
Unidad de Cuidados Intensivos  
Hospital de Traumatología y Ortopedia del IMSS-Puebla, México.

María de los Angeles González Suárez  
Enfermera intensivista y administrativa  
Jefe de Piso  
Hospital No. 36 del IMSS-Puebla, México.

María Luisa Ortiz Montiel  
Enfermera intensivista  
Unidad de Cuidados Intensivos  
Hospital de Traumatología y Ortopedia IMSS-Puebla, México.

*Otros Profesionistas:*

Héctor Jiménez Salazar  
Ph. D. Físico-matemáticas  
Docente-investigador del Colegio de Computación  
Facultad de Ciencias Físico-matemáticas  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

Cecilia Vázquez Ahumada  
M. C. Antropológicas, Investigadora-docente  
Instituto Nacional de Antropología e Historia  
Centro Regional Puebla, México

Elías Pérez Ochoa  
Sociólogo  
Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales  
"Vicente Lombardo Toledano"  
México, D. F.

Abel Martínez Reyes  
Médico, especialista en neurofisiología clínica, Docente  
Universidad Veracruzana, Unidad Xalapa, México.

Andréé Fleming-Holland  
Ph. D. Psicología, Docente  
Universidad Veracruzana, Unidad Xalapa, México.

Guillermo López De la Cruz  
Médico, especialista en anatomía patológica  
Hospital Universitario de Puebla, México.

María Eugenia Sánchez Leal  
Licenciada en Psicología educativa, Docente-investigadora  
Instituto de Ciencias Educativas  
Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México.

María Eugenia Márquez Calderón  
Etnóloga, Investigadora  
Instituto Nacional de Antropología e Historia  
Centro Regional Puebla, México.

**Carlos Gabriel Pérez Valencia**  
Licenciado en Psicología  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

**Héctor Vicente Pérez Lucas**  
Psiquiatra. Psicoterapeuta  
Jefe estatal de medicina preventiva  
ISSSTE-Puebla, México.

**Raymundo Vázquez Montiel**  
Médico. Docente  
Unidad Académica de Enfermería y Obstetricia  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

**Manuel Amigón Romano**  
Químico-farmacobiólogo  
Hospital Universitario de Puebla, México.

**Rodolfo Toxtle Tlamani**  
Médico. Especialista en pediatría, Docente  
Unidad Académica de Enfermería y Obstetricia  
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.

# INDICE

	Pág.
<b>PRESENTACION</b>	13
<b>INTRODUCCION</b>	15
<b>LOS HECHOS EMPIRICOS</b>	21
<b>I. LA FORMACION ACADEMICA</b>	21
I.1. Actividad y género	21
I.2. La motivación para el estudio	34
I.3. El sustrato lógico-gnoseológico	43
I.4. Contorno, dimensión gnoseológico-cognitiva y exigencia epistémica en la formación básica	54
<b>II. DESAFIOS DE LA PRACTICA</b>	68
II.1. El trabajo nocturno	68
II.2. El apoyo psicológico en situaciones críticas	77
II.3. Las dos caras de las relaciones de poder	87
II.4. La identidad del profesional de enfermería	100
II.5. El problema de las didactogenias	115
<b>LA APROXIMACION</b>	125
<b>III. PUNTO DE PARTIDA</b>	125

III.1. La visión del mundo	125
III.2. La necesidad de conocer la esencia humana	137
<b>IV. EN POS DEL <i>ETHOS CIENTIFICO</i></b>	
<b>DE ENFERMERIA</b>	143
IV.1. Esbozo	143
IV.2. Para fundamentar el aparato categorico-conceptual:	148
a. Para los conceptos: Trato humano, respeto y cuidado de la vida y la salud	148
b. Para la categoría "Proceso vital humano"	164
IV.3. Para un planteamiento metodológico	168
a. Para un método enfermeril	170
b. Para un pensamiento enfermeril	173
c. Postulado de objetividad relativa	177
<b>EPILOGO</b>	181

## **Presentación**

*Enfermería, disciplina científica (una aproximación epistemológica), texto que por su esencia antropológico-filosófica invita no solo a las enfermeras y otros profesionales de la salud sino a cualquier persona a preguntarse ¿quién soy? ¿para qué estoy aquí? ¿cuál es la finalidad de mi vida?*

*Pero el interés particular gira alrededor de esa importantísima profesión, predominantemente femenina y muy poco reconocida: La enfermería. Y hace planteamientos científicos, metodológicos y epistemológicos para ella.*

*¿El método utilizado?*

*Observación acuciosa del quehacer médico y enfermeril en diferentes países (la URSS, Alemania Federal, Francia, Suiza, Holanda, Colombia, Ecuador, México, Cuba), análisis sistemático de la cotidianidad en lo que los autores llaman "escenarios clínicos" y más de mil doscientas mujeres mexicanas encuestadas -de ellas la mitad enfermeras en formación o en ejercicio- que aportan el sustrato empírico para las reflexiones.*

*La preparación científica de la coordinadora, aunada a su ex-*

*celente calidad de alumna, amiga, maestra y entrevistadora de enfermeras le permite extraer de "expertas", conocimiento sobre el quehacer cotidiano para luego clasificarlo, sistematizarlo, exponerlo y discutirlo con ellas mismas y con otros profesionistas, unir lo teórico y lo práctico y dar como resultado la serie de planteamientos de los cuales este libro es solo el prolegómeno.*

*El punto de partida de los autores es que Enfermería debe comprender al usuario desde la óptica de la salud y no de la enfermedad, lo que conduce a que el "drama clínico" se aborde de manera diferente al acto médico, pero sin descartar a éste. Para ello la enfermera debe ampliar la manera de entenderse a sí misma y al objeto de su actividad profesional, considerando sus labores más allá del oficio y elevarlas, gracias al razonamiento científico y humanístico-axiológico a niveles de profesión.*

*En una novedosa manera de exponer y abordar el problema, consideran siempre a la enfermera, al paciente y su familiar como entes complejos, generadores y orientadores de "fuerzas sanógenas" que cotidianamente se enfrentan a nuevas situaciones con el mismo objetivo: la salud para ambas partes como expresión de la libertad y la armonía a través del trato humano.*

*El planteamiento da la posibilidad al lector especializado, pero también al indocto, de tratar de aprehender su quehacer desde una perspectiva amplia, replanteando su papel responsable ante sí mismo y el momento que le ha tocado vivir y con ello tomar conciencia de su ubicación en el mundo.*

*Cecilia Vázquez Ahumada*

## *Introducción*

*En su proceso vital el ser humano como ente histórico ha utilizado diversos métodos para conocer los nexos que se dan entre los distintos fenómenos y generalizando su experiencia ha tratado de erigirse "rey" del mundo.*

*En forma de espiral, esa actividad específica encaminada a producir nuevos conocimientos acerca de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento -y que se denomina investigación científica- ha ido creando nuevas necesidades y maneras de satisfacerlas. Así, en la antigüedad, el ser humano desarrolló métodos que le permitían conocer el mundo y la naturaleza, ampliar sus propios horizontes y explicarse el universo. Posteriormente buscó conocer con el fin de transformar. Generó nuevas necesidades, necesidades vinculadas con la producción que exigían para su satisfacción conocimientos y habilidades científico-tecnológicas. Hoy es urgente conocer y estimular las potencialidades ilimitadas del ser humano, y crear las condiciones materiales y espirituales para su desarrollo integral y realización óptima.*

*En el caso de la medicina, esta situación exige un replanteamiento de lo que es y debe ser como actividad práctica y como disciplina científica. Se hace prioritario -entre otras necesida-*

*des- reconsiderar la concepción que se tiene del proceso morboso y reconceptualizar el escenario en el cual se desarrolla el acto clínico con el fin de incidir en la preparación de trabajadores de la enfermedad y de la salud que respondan a las exigencias ético-científicas de esta confluencia de siglos y de milenios. Pero uno de sus grandes problemas es que quienes hacen su filosofía son especialistas del campo de las disciplinas básicas o bien son profesionales cuya relación con ella es muy tangencial, situación que marca particularidades de gran significación en los planteamientos que realizan.*

*La concepción reduccionista de la etiología de la enfermedad que la enmarca en el esquema infeccioso elemental: macro-organismo, micro-organismo y medio, es producto y a la vez ha generado una particular actitud frente al portador de patología.*

*El abordar ese problema como relación sistémica organismo-comportamiento-medio, abre amplios horizontes para reconsiderar el papel que desempeñan los aspectos ético-estéticos y simbólicos del ser humano no solo en el surgimiento sino también en las maneras de luchar para reconquistar la armonía.*

*Establecer diagnóstico de salud y de enfermedad constituye uno de los momentos básicos para llevar a cabo acciones encaminadas a mantener, potencializar y recuperar la armonía del individuo en su relación consigo mismo y con el mundo. El sustrato teórico-metodológico debe superar la fría racionalidad y la fragmentación disciplinar para abordar al ser humano como totalidad en su permanente intercambio de información consigo mismo, con su entorno y su propia historia.*

*Siguiendo la separación didáctica de los niveles del proceso patológico y de la atención al mismo, es importante estudiar la situación de ruptura o coartación de la plenitud de la persona que se transforma en enferma y el manejo que de esa pérdida de libertad hacen quienes le atienden.*

*Es de aceptación general que la animalidad del ser humano está totalmente transformada, socializada. Lo biológico, todo lo vinculado a su organismo, está mediatizado por lo social, por aquello que se relaciona con su función psíquica, con su conciencia, con el mundo de los valores y significados. En el proceso vital humano el elemento social ocupa un lugar importante tanto por los factores socio-económicos que propician o entorpecen el desarrollo de determinadas condiciones de existencia, como por el comportamiento del o los individuos que se involucran en él: el portador de un agente patológico, el enfermo, la víctima de las secuelas y aquellos con quienes se relacionan.*

*Al particularizar la problemática de Enfermería se destaca el hecho de que ella no ha logrado aún conformar un aparato categórico-conceptual propio ni un método específico por lo cual acude persistentemente a otras disciplinas del campo de las ciencias médicas y algo de las humanidades para que la apoyen con sus estructuras conceptual-metodológicas. Al igual que otras disciplinas de predominio técnico tales como trabajo social, traductología, enseñanza de lenguas modernas y otras, necesita encausar esfuerzos para la elaboración teórica de la gran experiencia asimilada.*

*Por otra parte, se sabe que en la investigación científica se presentan varios niveles. Uno de ellos es el empírico, constituido por la fijación y sistematización de los datos que permiten describir los fenómenos con sus distintas regularidades. Desde esta*

*base se puede ascender a niveles superiores, a comprender las leyes que rigen esos fenómenos. Explicando el comportamiento de los mismos es posible predecirlos y sistematizar el conocimiento a nivel teórico.*

*En la investigación médica el objeto de estudio lo constituyen la persona, los grupos o las poblaciones, tanto para el diagnóstico como para la selección de tácticas terapéuticas y/o profilácticas. Para el trabajo se utiliza un sistema de información científica y un aparato categórico-conceptual filosófico, científico-general y científico-particular, que constituyen las premisas y los medios de conocimiento. El conocimiento empírico obtenido por la observación, el experimento y los modelos, sirve de base para que, utilizando una metodología filosófica, científico-general o científico-concreta se encuentren las leyes del desarrollo de la patología y se plantee a nivel de conocimiento teórico las leyes que rigen el proceso "salud-enfermedad".*

*En toda esta actividad, el factor humano constituye un elemento determinante tanto en el sentido de los científicos con sus conocimientos, capacidades, experiencia y relaciones que desarrollan la actividad, como en el sentido de quienes representan las instituciones y el poder para favorecer o entorpecer la investigación.*

*Entre los problemas que atraen nuestra atención está el del juego de la cotidianidad y los momentos extraordinarios en el proceso vital: la relación entre rutina y ruptura a nivel de salud y enfermedad; el papel y el manejo de lo lúdico, lo festivo y lo estético con instrumentos, acciones y discursos en escenarios habituales o rituales (incluyendo los clínicos) y la conversión de todo ello en el drama escénico de la patología -trátese del*

*hospital, la clínica, la casa u otro-*.

*Este libro es el primero de una serie de tres, producto de años de estudio, de extracción de conocimiento de enfermeras expertas, dos décadas de trabajo clínico y pedagógico compartidas con estas extraordinarias profesionistas. Ello nos ha permitido concluir que, en las tareas que la realidad plantea a la ciencia, Enfermería está llamada a cumplir un papel importante. Controlar, preservar y mejorar el estado de salud, no solo de ciertos individuos sino de la población en general, es un gran reto que exige labor ingente. Como **disciplina valeológica** podría constituirse en pilar fundamental sobre el cual se levantaría toda una estructura teórica y práctica que permita conocer, fortalecer y conservar la salud; como **disciplina médica**, a combatir las enfermedades y como rama de la **salud pública** ayudaría a prevenir las enfermedades infecciosas. Y en la integración dialéctica podría penetrar en campos teóricos tan complejos como la esencia etológica, comunicativa, ético-estética y simbólica del ser humano.*

*Mädy Fuerbringer Bermeo*



## ***Los hechos empíricos***

*Para escribir sobre las mujeres hay que mojar la pluma en el arco iris y emplear como secante, polvo de alas de mariposa.*

*Diderot*

### **I. LA FORMACION ACADEMICA**

#### ***I.1. Actividad y Género***

Difícilmente se podría marcar una fecha de inicio de la medicina. Pero es indudable que, como actividad social, se remonta al período mismo de la hominización. En esa etapa prehistórica las acciones orientadas a prestar ayuda en las enfermedades y traumas adquirieron significado para la misma existencia de los colectivos primitivos. Las distintas expresiones del instinto de conservación del individuo y de la especie se transformaban en *necesidad consciente de ayudar a otros*.

En esa sociedad incipiente la pertenencia sexual determinaba el desempeño de ciertas actividades, entre ellas la higiénico-obstétrico-curativa que se supone quedaba en manos de la mujer. Pero, en la medida como incrementaba la "*civilización*", la religión y el estado establecían la desigualdad civil y política de la mujer,

tanto en lo que se refiere a las relaciones dentro de la familia como en el ámbito de lo socio-económico, en general.

Pero el problema de la mujer no ha sido solamente de sexo sino también de clase. Al respecto se puede consultar la inmensa bibliografía feminista que incluye interesantes investigaciones, ensayos y otros. En esta ocasión la atención se dirige hacia algunos tópicos relacionados con el arte y la ciencia de curar.

A pesar de que, al consolidarse las clases sociales, se coartan muchas libertades del ser humano -incluyendo la libertad de la mujer para ejercer su función curativa y ayudar a los demás en el campo de la salud- durante el florecimiento de la sociedad esclavista griega algunas mujeres llegaron a destacarse tanto en la práctica como en la teoría médicas.

Distintos hechos socio-económicos y políticos durante la era precristiana -y de ahí en adelante-, favorecieron situaciones particulares en el papel social de la mujer, tanto que tuvieron repercusión durante los siglos posteriores hasta nuestros días.

Durante la época feudal la actividad médica femenina quedó limitada casi exclusivamente a la práctica obstétrica. La parte oscurantista del Medioevo y la discriminación sexista favorecieron la consolidación de una concepción de la mujer que ella fue aceptando hasta identificarse y asumir las conductas correspondientes. Con relación al hombre, tanto en lo intelectual como en lo moral, ella era a todas luces inferior. Las condiciones reales de existencia durante la época medioeval subyugaron a la mujer haciéndole creer que su destino era exclusivamente la conservación del núcleo familiar. Sin embargo, aún cuando las condiciones socio-políticas eran desfavorables, en algunos países, ciertas mujeres -fundamentalmente de las capas sociales que ejercían el

poder- lograban tener una educación especializada. La historia conoce casos de mujeres que, al parecer, con éxito ejercieron funciones importantes para la sociedad, incluyendo las médicas, más por tratarse de casos aislados, no llegaron a influir de manera significativa sobre la posición jurídica general de la mujer.

En el momento actual, las condiciones reales de existencia, el nivel de desarrollo de la ciencia y la tecnología, y todos los fenómenos vinculados a esta confluencia de milenios, exacerbaban los conflictos y contradicciones. Han cambiado muchos valores, pero en principio, para la inmensa mayoría de mujeres las cosas no se han modificado substancialmente. Al igual que durante el esclavismo o el feudalismo, muy pocas son, relativamente, las que han escalado posiciones altas en la administración, la ciencia o el arte sin lograr trascender de manera definitiva ni siquiera en la percepción social que el hombre tiene de la mujer ni en la autopercepción de ella como ser social.

\* \* \*

*La mujer tiene una sonrisa para todas las alegrías,  
lágrimas para todos los dolores,  
consuelo para todas las desgracias,  
excusa para todas las faltas,  
súplica para todos los infortunios  
y esperanza para todos los corazones.  
John Gay*

Para hablar de la formación de la enfermera, en cualquiera de las dimensiones que se quiera, es necesario hablar de ella en íntima relación con su cultura. El tema es complejo, pues exige tomar en cuenta, por lo menos, la manera cómo en espacios y tiempos determinados, el ser humano:

a) genera medios económicos que le permiten mantener su vida

inmediata,

b) se organiza para mantener costumbres, tradiciones y su nivel social y

c) representa su mundo.

Enfatizamos en esto último.

La personalidad es atributo exclusivo del ser humano y éste es sexuado. Entonces, para conocerse a sí mismo, en cualquiera de las dimensiones o actividades que se desee, forzosamente tiene que hacerlo como ser psicosexual. Y lo psicológico lleva en sí lo cultural como expresión de la capacidad de transformar y adaptarse a su entorno social.

En la manera como hombre y mujer perciben el mundo existen diferencias determinadas tanto por las particularidades biopsíquicas como por la experiencia socio-cultural. Esas contradicciones, por todo el aprendizaje social, no suelen ser antagónicas sino complementarias, casi siempre encaminadas a conservar el estado de cosas sin mayores cambios y rara vez estimulan el desarrollo del conocimiento de la realidad objetiva, incluyendo la misma esencia de la mujer.

El sustrato científico-natural de la actividad médica está impregnado de pensamiento masculino. Al través de la historia han sido casi exclusivamente hombres quienes han estudiado, básicamente en hombres y transmitido fundamentalmente a hombres el conocimiento acerca del proceso salud-enfermedad. La psicología que se aplica es una psicología concebida, investigada, vivida y prejuiciada por hombres. Es la psicología del estado de vigilia. Y más aún; para la cultura occidental, la religión predominante, es una religión concebida y pregonada por hombres y hombres célibes.

Pero ... ¿será cierto que es el hombre quien establece a la mujer los parámetros de identificación, las metas a lograr, los límites dentro de los cuales ella puede desenvolverse?

Independientemente del alto nivel científico que en un campo determinado del conocimiento pueda haber alcanzado alguien, la cultura, incluyendo la ideología, determinan muchos prejuicios. "La idea semítica de la inferioridad de la mujer -dice Gregorio Marañón- se basa principalmente en ideas y creencias religiosas y morales que consideraban a aquélla como la causa del pecado originario y el motivo permanente de la caída del hombre en la tentación". Y refiere que San Ambrosio planteaba: "... puesto que la mujer condujo al hombre al pecado es justo que lo reciba como la esclava al soberano". Para este gran médico español, "... sexo, trabajo, lujo, desigualdad: estas palabras forman una cárcel de la que la humanidad no saldrá nunca, y es inútil buscar su sentido en la serenidad de las teorías económicas y sociales, porque se trata simplemente de un problema de biología de los instintos."

Hablar de la percepción social de su propio sexo y del complementario es tarea difícil. Pero más aún es investigarla, pues, el desconocimiento y la serie de problemas vinculados con la concepción del mundo y del ser humano distorsionan la realidad.

\* \* \*

*La mujer está más maltratada por la civilización  
que por la naturaleza.*

*Rousseau*

En las investigaciones piloto llevadas a cabo en adolescentes,

mujeres jóvenes y maduras, mexicanas, de clases sociales poco favorecidas, con distinto nivel de escolaridad, en distintas situaciones emocionales, se detectó una serie de particularidades que han servido para analizar la problemática de la enfermera. Estas exploraciones se llevaron a cabo por medio de entrevistas y encuestas superando la cifra de 600 mujeres.

Los trabajos mencionados ponen de relieve que en las condiciones descritas, se presenta una gran similitud en:

- a) una serie de fenómenos vinculados con la esfera gineco-obs-trétrica (edad a la menarquia, vivencias y reflexiones asociadas a este fenómeno, información previa y fuente de la misma);
- b) los procederes en los cuales se manifiesta y realiza la tenden-cia sexual (edad al primer noviazgo, duración y evolución del mismo, número de noviazgos, edad a la primera relación sexual, conciencia de sus "sets");
- c) la orientación psicosexual (motivación al primer noviazgo, causa y ruptura del mismo, motivación para la primera relación sexual, actitudes y vivencias relacionadas con estos hechos, sa-tisfacción e insatisfacción en sus relaciones sexuales posterio-res) y
- d) el desconocimiento severo acerca de las particularidades del desarrollo infantil.

En la inmensa mayoría de estas mujeres se detectó:

- a) Poca claridad en cuanto a la valoración de las relaciones interpersonales al seno de la familia genealógica y propia,
- b) Una amplia tendencia a idealizar la imagen de los progenito-

res, pero también la del hombre en general, lo que parece incidir en la formación de la autoconciencia sexual y, por consiguiente, en la autoestima y el tipo de relación que establecen consigo mismas y con la pareja, lo que a su vez influye directamente en el manejo de los problemas afectivos familiares y personales, afectando el desarrollo de la personalidad y la toma de decisiones sobre aspectos importantes en la vida personal, incluyendo los vinculados con la selección de profesión y el desempeño laboral.

Las mujeres a las cuales se hace referencia aquí son personas psíquicamente normales, con las suficientes potencialidades para la autocrítica dentro de los cánones establecidos por la educación social, fundamentalmente los así llamados *medios masivos de información*. Sin embargo, el nivel de abstracción para analizar al hombre y a la mujer en distintos momentos de su actividad psicosexual es impresionantemente elemental. Prácticamente no conciben a la mujer en general, ni a sí mismas en particular, desempeñando un papel diferente al que su reducido mundo les ha asignado. La predisposición para realizar una introspección profunda se ve limitada. Los parámetros de comparación son excesivamente estereotipados y toman como referente los modelos que el medio impone.

No establecen mayores diferencias en la concepción de su “YO real” y su “YO social” que limitan a descripciones y valoraciones tales como: “sencilla, sincera, optimista, voluble, algo irresponsable, algo egoísta, poco sociable, normal, introvertida, extrovertida, positiva”, sin ubicarse ni en su papel dentro de la familia, ni dentro de la sociedad, ni mucho menos en el momento histórico, aún cuando en las entrevistas se les proporciona apoyo para realizar sus análisis acerca de su función social. Con ayuda se obtienen datos acerca de sus gustos, capacidad de adaptación y su autovaloración. A la mayoría les gusta tener amigos,

aun cuando es frecuente que el círculo de tales sea estrecho por los obstáculos que establece el entorno. Se consideran "buenas" o "malas" hijas, hermanas, madres, esposas y amigas. En la descripción de su "YO físico" la gran mayoría le da connotaciones neutras o ambiguas, por más que su apariencia física no corresponda a los prototipos de belleza establecidos por la sociedad consumista. Adoptan actitudes defensivas diciendo "asi estoy bien", o "tengo suerte aún cuando no soy bonita" o "podría ser peor" y así sucesivamente. En la concepción de su "YO ideal", en primer lugar suele estar la vida matrimonial, el alcanzar una buena posición económica, adquirir casa, coche, viajar y, en las estudiantes, terminar una carrera. Empero muy pocas entrevistadas, básicamente estudiantes de la primera generación de licenciatura en Enfermería de la BUAP, han manifestado planes de continuar desarrollándose intelectualmente, incluyendo alguna meta en su desarrollo laboral, social y político.

En las exigencias que plantean las mujeres con respecto al ideal masculino está el tener una profesión, la inteligencia, la fidelidad, la comprensión y la sociabilidad. Condiciones indispensables son, además, el que sea respetuoso, cariñoso, guapo, buen padre, económicamente estable, varonil, flexible y que sea "hombre de verdad".

La mujer ideal debe ser inteligente, preparada, bonita, delgada, buena madre, responsable y entregada al amor.

Por otra parte, en las encuestas aplicadas a 362 estudiantes de enfermería, sobre distintos aspectos vinculados a la sexualidad, se encontró discordancia entre lo que teorizaban y su práctica a nivel de relación de pareja, denotando múltiples carencias en los conocimientos básicos de la sexualidad. Contradicciones se observaron en hechos aparentemente triviales pero que encierran

toda una concepción de la mujer y sus relaciones con el mundo. Así, por ejemplo: el 87.02% estimó que a las fiestas se puede asistir solo en compañía de personas muy cercanas, un 10.50% no respondió al respecto y sólo un 2.44% admitió que una mujer puede asistir sola. Sin embargo, fue mayor la permisibilidad en cuanto a las expresiones gráficas de la sexualidad a las cuales solo el 32.88% le dio una connotación abiertamente negativa. La introyección de los estereotipos, de expectativas sociales en cuanto al pensar, sentir y expresarse de las personas, también se hizo tangible en la opinión que las estudiantes tenían tanto de la madre soltera como de los hijos fuera del matrimonio. A la mujer el 72.38% y a los hijos el 62.70% de la muestra los miró en función del rechazo del cual pueden ser objeto por parte de la familia y de la sociedad.

\* \* \*

*Las mujeres son la sonrisa de la naturaleza,  
el sostén del hombre en los dos extremos de su vida  
y en su centro, el placer.*

*Pananti*

Los trabajos referidos realizados con más de 900 mujeres mexicanas, revelan que, la concepción que las mujeres tienen de sí mismas depende de valores culturales profundamente arraigados en la sociedad como también del manejo que hacen los medios masivos de difusión y que, independientemente del nivel de ilustración, las motivaciones para ampliar su cuadro del mundo son muy elementales, los intereses estrechos y giran fundamentalmente en un círculo concreto-personal, sin una mayor proyección social. El ideal es sinónimo de abnegación, de su "natural" sometimiento. Conciben a la mujer como el elemento socialmente pasivo, que propicia la felicidad del hombre ya que cuando ella es activa propicia el malestar y la desadaptación de

éste, con lo cual se genera el desequilibrio en la pareja. La mujer se realiza al través del esposo y los hijos. Existe en ellas una expectativa de acciones altruistas por parte del hombre que se concretiza en el esposo o los hijos.

Al analizar los componentes de las distintas actitudes se encuentra que, de manera directa o indirecta, éstas giran alrededor del hombre. A él le exigen inteligencia, preparación a nivel profesional, fidelidad, sociabilidad, respeto y comprensión, características de contenido cognitivo. La valoración emotiva general del objeto que centra su atención se hace sobre su capacidad de externar afecto, su apariencia física y su desempeño como buen padre. La virilidad, flexibilidad, el ser "hombre de verdad" y la estabilidad económica constituyen la condición indispensable para que se puedan llevar a cabo las acciones altruistas, es decir, conforman el aspecto conativo.

Por los planteamientos generales que hacen las mujeres entrevistadas y los datos que se obtienen de las encuestas se deduce que, para ellas, el aspecto conativo, se resume en la expresión "entregada al amor", que, siendo su mayor predisposición altruista, permite a la vez al hombre su propia realización. El aspecto afectivo en general desempeña un papel muy importante para ellas pero girando siempre alrededor del núcleo familiar en una concepción concreto-personal. Y aun cuando para la mujer se menciona en primer plano la inteligencia y su preparación, el "YO ideal", puesto en evidencia por ellas, no confirma lo que verbalizan.

Las cualidades que se exigen como mujeres están relativamente en menor cantidad que las que plantean para el varón y si bien existen algunas que son comunes para los dos, como el ser inteligentes, preparadas, fieles y buenas progenitoras, los valores

estéticos cobran para ellas mayor relevancia que para el hombre y así, el ideal femenino debe incluir características físicas que corresponden a los prototipos impuestos por la sociedad consumista.

Ahora bien. Esta es la infraestructura que, en nuestro medio, sirve de base -ya sea en forma directa o indirecta- a la *vocación* para ejercer determinada profesión incluyendo la de enfermera, profesión que exige todo un caudal intelectual y altruista, toda una orientación idearia de la personalidad. Con esa percepción de su realidad no se puede esperar otra cosa diferente a la reproducción de los modelos tradicionales de mujer como producto de segunda clase, tal cual la planteara Aristóteles 23 siglos atrás al decir que *"la Naturaleza sólo hace mujeres cuando no puede hacer hombres"*.

La realidad nos obliga pues, a reflexionar, estudiar y tomar medidas educativas que incidan en cambios substanciales en la sociedad, que generen mayor libertad para que la mujer se desarrolle y se enfrente a sí misma y al mundo con una perspectiva diferente.

## BIBLIOGRAFIA

Barrientos G., E.; Toscano G.: Algunas particularidades de la educación de la sexualidad de las estudiantes de la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de Puebla. *Tesis recepcional*. EEOUAP. 1986. (Asesora: M. Fuerbringer B.)

Camacho A., J. A.; López C., G. R.; Gutiérrez J., G.; Aceves G., I. R.: La sexualidad mediatizada. *Tesis recepcional*. Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Puebla. 1985. (Asesora: M. Fuerbringer B.)

Camacho R., M. G.; Calderón R., G.; Pérez M., I. P.: Vivencias preoperatorias y reacciones psíquicas postcesárea. *Tesis recepcional*. Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Puebla. 1986. (Asesora: M. Fuerbringer B.)

Coca G., A. L.; Vivar T., M. I.; Victoria S., J. L. E.: Sexualidad socialmente no aceptada. *Tesis recepcional*. Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Puebla. 1986. (Asesora: M. Fuerbringer B.)

Corte R., A.: La erosión cervical. *Tesis recepcional*. Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Puebla. 1985. (Asesora M. Fuerbringer B.)

Ferrufino Q., M. A. J.; Sánchez F., M. L.; Arrasquito C., M. C. A.: Embarazo y Maternidad en adolescentes poblanas. *Tesis recepcional*. Colegio de Psicología. Escuela de Filosofía y Letras. UAP. 1987. (Asesora: M. Fuerbringer B.)

Fuerbringer B., M.: Consideraciones ético-estéticas de la sexualidad. La personalidad y sexualidad. Reflexiones. *Inédito*.

Fuerbringer B., M.; López M., S. L.; Tello G., A. M.; Moldrano S., L. A.; González F., L.: La mujer en la medicina. *Enfermera al día*. Vol. 11 No. 12, 1986, 23-26.

Fuerbringer B., M.: Aspectos ético-estéticos de la sexualidad. El amor. La mitología. *Perspectiva Sexológica*. Epoca IV. No. 1. Dic-Enero 87-88, P. 14-17.

Fuerbringer B., M.; Barrientos G., E.: Ser mujer en la actividad curativa. Trabajo presentado en el *III Congreso de Intercambio Académico a nivel de Facultades y Escuelas de Enfermería*. Xalapa, Ver. octubre de 1989.

Fuerbringer B., M.; Márquez C., M. E.; Vázquez A., C.: Mujer y Locura. *Psí y Qué*. Año 3. No. 5. Otoño 1994, 22-26.

Fuerbringer B., M.; López M., S. L.; Tello G., A. M.; Moldrano S., L.A.; González F., L.: La mujer en la medicina. Periodo feudal. *Inédito*.

Fuerbringer B., M.; Tello G., A. M.; Rivera B., V. M.; Flores D., R. M.; Terreros M., A.: Consideraciones psiquiátricas del aborto. *Inédito*.

Jaramillo G., J. C.: Análisis institucional y de la sexualidad en un asilo psiquiátrico. *Tesis recepcional*. Colegio de Psicología. Escuela de Filosofía y Letras. Universidad Autónoma de Puebla. 1988. (Asesora: M. Fuerbringer B.)

Marañón, G.: *Tres ensayos sobre la sexualidad*. Editora Nacional. México. 1973.

Martignón M., M. A.; Pérez A., M. G.: Percepción social femenina de la actividad socio-sexual. *Tesis recepcional*. Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Puebla. 1986. (Asesora: M. Fuerbringer B.)

Morales H., A.; Islas T., O.: El internado rotatorio de pregrado en la educación médica. Consideraciones sobre la experiencia en el Hospital Universitario de Puebla. *Tesis recepcional*. Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Puebla. 1985. (Asesora: Mady Fuerbringer B.)

Tello G., A. M.; Flores D., R. M.: Particularidades del desarrollo de la autoconciencia sexual. *Tesis recepcional*. Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Puebla. 1984. (Asesora: M. Fuerbringer B.)

Velazco H., M.: Vivencias y autovaloración de mujeres grávidas con amenaza de aborto. *Tesis recepcional*. Escuela de Medicina. Universidad Autónoma de Puebla. 1988. (Asesora: M. Fuerbringer B.)

## I. 2. *La motivación para el estudio*

*La mujeres son menos dichosas con la felicidad que disfrutan,  
que, con la que dan.*

*Boccaccio*

Cualquier acto comportamental es un fenómeno íntegro y sistémico que se descompone en partes sólo con fines didácticos e investigativos. Los elementos que conforman dicho sistema se movilizan por la influencia de factores internos y externos, biológicos y sociales, conscientes e inconscientes, que orientan la acción hacia un resultado final útil para el individuo ya sea que éste lo reconozca o no.

En el acto propositivo, es decir en aquel que se orienta conscientemente para dar satisfacción al móvil que le subyace, la afectividad y la motivación desempeñan un papel fundamental.

Las motivaciones básicas se forman sobre la necesidad biológica y el instinto. Las motivaciones secundarias lo hacen sobre la curiosidad, las necesidades sociales, las emociones y los "sets", los intereses y las convicciones y permiten mantener la homeocinesis, cuidar la descendencia, buscar un lugar en la jerarquía del grupo, conservar la estructura inmanente a su grupo o comunidad y otras. Las motivaciones o necesidades espirituales orientan a conocer el mundo, a profundizar en el conocimiento de fenómenos particulares, a experimentar goce estético, en fin.

En la actividad de estudio la afectividad y la motivación desempeñan un papel determinante. Rousseau, en su *Emilio*, destaca la curiosidad como fuerza natural que impulsa a adquirir conocimiento, señalando que es un fenómeno ligado a la vida afectiva, práctica e intelectual del ser humano. Plantea que la enseñanza

no debe exceder las capacidades del alumno y que el maestro -de ser necesario- debe frenar su desarrollo intelectual en aras de experiencias personales tales como la espontaneidad, la curiosidad y la iniciativa propias.

En este siglo XX el psicólogo francés H. Wallon ha señalado que la educación no puede limitarse a la esfera intelectual sino que forzosamente debe involucrar la afectiva. Los métodos con que se intenta enseñar constituyen generalmente la causa de las dificultades escolares por cuanto atentan contra la espontaneidad, la iniciativa y otras aptitudes útiles. El autor, al analizar a Rousseau destaca que, por efecto de lo que podríamos llamar frustración, el *amarse a sí mismo* -característica fundamental del ser humano- puede distorsionar su evolución hacia el *amor al prójimo* y en su lugar desarrollar sentimientos de hostilidad.

En la década de los 60, P. M. Iákobson caracterizó el estudio como un proceso sistemático de asimilación -por el ser humano- de un determinado círculo de conocimientos y aptitudes, asimilación que puede tener mayor o menor éxito. Tentativamente clasificó tres tipos de motivación para el estudio: *negativa*, *positiva* (incluye la cívica) y una que podría llamarse *cognitiva*.

Las dos primeras se estructuran alrededor de motivos diferentes al conocimiento como necesidad superior, pero en una misma persona las tres suelen combinarse en distintas proporciones.

La *motivación negativa* es la que conduce al joven a estudiar para evitar las consecuencias desagradables del no saber, de encontrarse en desventaja frente a otros, de la censura y amenazas de los padres, en fin. El estudiante adopta el deber escolar como una salida al tener que seleccionar *entre varios males el menor*.

La *motivación positiva* puede estar vinculada a motivos estrechamente personales o sociales amplios. Cuando ella está determinada por motivos de carácter estrechamente personal el estudio se toma como medio para lograr el bienestar propio, conseguir una nueva situación en su entorno, un recurso para ascender. Las aspiraciones aquí se nutren en el medio familiar y entorno inmediato (amigos, parientes).

Cuando el sentimiento de *deber cívico* ante la patria, la sociedad y la familia es grande, en el mundo interno del individuo se crea una jerarquía de deseos y aspiraciones que le conducen a realizar acciones y esfuerzos para alcanzar las metas. En estos casos los motivos cívicos y morales ocupan un lugar importante en la vida espiritual de la personalidad. El estudio no es mas que un medio para asimilar grandes valores culturales: ser bueno y útil con la gente y cumplir la misión que tiene en la vida.

Las *motivaciones cognitivas*, según el autor, se apoyan en la curiosidad de saber, en la aspiración irresistible a conocer nuevas cosas. En este proceso se encuentra placer al satisfacer la curiosidad, al obtener un mayor conocimiento de la realidad, al descubrir lo ignorado superando los obstáculos y desarrollando la creatividad e independencia.

Por su parte Carl Rogers, en los primeros años de la década de los 80, retomando toda su experiencia, la de cientos de profesores y miles de alumnos desde los grados primarios hasta escuelas técnicas y universitarias, se plantea como objetivo *contribuir al desarrollo de los recursos naturales más preciados: la mente y el corazón de los niños y jóvenes.*

El autor destaca la necesidad de ayudar a la juventud a aprender mucho y profundamente, pero sobre todo a *aprender cómo apren-*

*der.* Enfatiza en la preparación de maestros auténticos, comprensivos y solícitos, con orientación humanística que faciliten el aprendizaje de los alumnos: a) creando condiciones para la solución de problemas y b) propiciando el desarrollo de la creatividad.

Según Rogers, las actitudes centradas en la persona en el proceso de enseñanza-aprendizaje tienden a desarrollar la confianza, la aceptación y el afecto necesarios para que las distintas personas involucradas en él, siendo ellas mismas, logren convertirse en personas diferentes por derecho propio.

En trabajos de investigación educativa realizados por la autora de éste, muchos estudiantes universitarios revelan interés por conocer aspectos diferentes a los que transmiten los docentes demostrando preferencia por aspectos comunicativos, éticos y afectivos.

En la mayoría de las instituciones del sector salud existe un Departamento de Enseñanza e Investigación Médica. De él depende el Departamento de Enseñanza e Investigación en Enfermería que cuenta con dos tipos de programas: 1. Capacitación y Educación Continua; 2. Adiestramiento en Servicios.

Con la *capacitación* se busca que el personal adquiera no sólo el dominio de un *saber hacer si no de un saber pensar*, desarrollando sus facultades y aptitudes dentro de su trabajo. La *educación continua* conlleva la actualización y consiste en un proceso activo y permanente para que el trabajador adquiera, renueve, refuerce y movilice sus conocimientos tanto teóricos como prácticos. Pero además, se supone que debe ayudar a reorientar las actitudes en el sentido que sean congruentes con los objetivos de la persona y de la institución a la cual presta sus servicios.

Con el *adiestramiento* se orienta, guía y asesora al personal buscando el desarrollo de destrezas tanto intelectuales como manuales.

Tanto la capacitación como el adiestramiento deberían lograr satisfacción personal y una mejor atención al derechohabiente, es decir, los dos programas están orientados a mejorar la *calidad* de los servicios.

Pero la importancia de la *motivación para el estudio* en enfermería no solo radica en la manera cómo ella se orienta a satisfacer las necesidades e intereses de la institución prestadora de servicios, sino que la enfermería como profesión, necesita analizar su propia práctica y reflexionar sobre su presente y su futuro considerando que éste depende de la *calidad* de sus conocimientos y habilidades.

Para lograrlo es indispensable una sólida formación integral que se concreta en metas de amplia envergadura, sobre la base del conocimiento científico que resulte en ahorro tanto del esfuerzo humano como del aspecto económico, y actitudes congruentes que se plasmen en soluciones acertadas de las tareas que desempeña.

La observación denota que, a pesar de que las instituciones, particularmente las de seguridad social, proporcionan los medios para la superación profesional, el personal teniendo información de ello da prioridad a otras necesidades e intereses, dejando en otros planos el estudio dentro de su profesión.

La gente puede manifestar verbalmente que le interesa adquirir nuevos conocimientos pero, al tener la posibilidad de realizar

cursos la mayoría se abstiene de hacerlos arguyendo que tiene cosas más importantes que cumplir. Entre estos motivos están: La familia, los quehaceres domésticos y el descanso.

No es raro encontrar profesionales de enfermería que toman cursos poco tiempo antes de jubilarse con el objetivo de ascender para salir de la institución con una pensión más alta.

En general, un curso es atractivo solamente si incide directamente en un ascenso, que obviamente conlleva aumento de sueldo. Escasos son los profesionales de enfermería que manifiestan motivaciones cognitivas.

En el caso específico de enfermería -y concretamente en lo que se refiere a la motivación para seguir superándose profesional e intelectualmente- no se conocen estudios serios que revelen la magnitud del problema. Existe la queja generalizada de las jefes de enseñanza, de que el personal es "apático" ante las propuestas que las instituciones les brindan. Y la observación empírica muestra que, en el ambiente de enfermería existen serias dificultades para reorientar las motivaciones del personal en el sentido cognitivo.

Dadas las condiciones actuales de desarrollo científico-tecnológico, la internacionalización de la vida y los problemas que enfrentan los sistemas de atención a la salud en el mundo entero se hace indispensable llevar a cabo investigaciones que permitan dilucidar el problema de la motivación para el estudio en el personal de enfermería, para buscar alternativas que permitan a la profesión colocarse a la altura de las exigencias de este fin de siglo y prepararse para el próximo.

Para que el personal de enfermería desarrolle y comprenda la

necesidad de *ser eficaz y eficiente*, debe realizar acciones encaminadas a lograrlo realmente. Esto permite ahorrar esfuerzo humano y recursos materiales y económicos.

La *prestación de un servicio con calidad y calidez* solo puede llevarse a cabo si se estructura sobre actitudes consistentes y positivas, es decir, si coinciden el querer, el poder y el saber cómo hacerlo.

En enfermería es de aceptación general que el uso de normas de *calidad* empiece con la planificación de los cuidados para lo cual el profesional analiza todos los datos correspondientes al paciente y a sus familiares o allegados, siguiendo el plan de cuidados que corresponde a las normas de calidad de proceso, de resultado y de estructura, dependiendo del tipo de paciente. La autoridad conlleva la relación entre el que ejerce (por conducto de líneas de mando) y el que ejecuta, basada en la coordinación donde se supone son la armonía y la comunicación en el funcionamiento los que propician el logro de los objetivos.

De esta manera se podrían *ampliar las metas de la atención* no en el sentido de atender mayor cantidad de pacientes sino de prestar un servicio tal que los enfermos se reduzcan a una mínima cantidad. Ello, obviamente, requiere de formación humanista que se concrete en metas que superen los aspectos materiales y técnicos para actuar en el medio como real agente de cambio promocionando la salud.

## BIBLIOGRAFIA

Bassin, F. V.: *El problema del inconsciente*. Granica Editor. Buenos Aires. 1970.

Cofer, C. N.: *Psicología de la Motivación. Teoría de la Investigación*. Ed. Trillas, Ed. Unica México, 1971.

Danilov, M. A.: *El proceso de enseñanza en la escuela*. Ed. Grijalbo, México, D.F. 1977.

Devereux, G.: Lo interior y lo exterior: La naturaleza del stress. En : *Etnopsicoanálisis complementarista*. Amorrortu editores. 1966, 53-65.

Fuerbringer B., M.; Quintanar R., L.; Schwanke P., E.: *Los intereses cognoscitivos en la formación del trabajador de la salud*. Cuaderno de trabajo No. 1. UAP-UNAM-UV. Xalapa, México. 1988, 16-23.

Fuerbringer B., M.; Godoy, A. T.; Rincón, C. E.; Vargas, B.: "Algunos aspectos del proceso asociativo". Sta. Fe de Bogotá, 1991 (Mecanoscrito).

Fuerbringer B., M.; Pardo, A. M.; De Bernal, M. P.; Zorrilla M., C.: "Motivación para el estudio". Sta. Fé de Bogotá, 1991 (Mecanoscrito).

Fuerbringer B., M.; Bravo Salina, N: *Enfoque Problémico de la Investigación y la Enseñanza*. UNINCCA. Bogotá, Colombia. 1991 (Mecanoscrito).

Gagné, R. M.: *Las condiciones del aprendizaje*. 4a. ed. Interamericana. México. 1987.

Gago, A.: *Modelos de Sistematización del Proceso de Enseñanza*. Ed. Trillas. México, 1989.

Iákobson, P. M.: *La motivación de la conducta humana*. Pueblos Unidos. Montevideo. 1972.

Izard, C. E.: *Human Emotions*. Plenum Press. New York-London, 1977

Jaspers, K.: *Psicopatología general*. Ed. Beta. Buenos Aires. 1970.

### 1.3. El sustrato lógico-gnoseológico

*La mujer tiene el color y el perfume de las rosas,  
la limpidez y pureza del cristal  
y sobre todo, su fragilidad.  
Lope de Vega*

Los problemas de comprensión que se detectan en el proceso enseñanza-aprendizaje de la enfermería obligan prestar atención a las particularidades cognitivas de quienes de una u otra manera están o estarán involucrados en el proceso de diagnóstico y tratamiento de quienes facilitarán o entorpecerán los cambios que la concepción actual de la atención a la salud y a la enfermedad exige.

*Fundamentación.* Las propiedades y relaciones de la realidad se descubren por las operaciones de análisis y síntesis, comparación y diferenciación, pero a la comprensión de esas propiedades y relaciones se llega por la abstracción y la generalización.

Al destacar los aspectos, propiedades o estructuras esenciales y los vínculos o relaciones de los objetos se están haciendo análisis por medio de la comparación. Al identificarlos o diferenciarlos, apoyándose también en la comparación, se está realizando síntesis en la cual se unen las características que son comunes o se separan las que pertenecen a uno u otro grupo.

Al fijar las propiedades mediante un concepto, se está haciendo abstracción y cuando este concepto se aplica a diferentes objetos o fenómenos que poseen los rasgos encontrados se está generalizando.

Los procesos de abstracción y conceptualización constituyen una forma particular de la actividad analítico-sintética del ser huma-

no. Su esencia radica en que, en los objetos y fenómenos se distinguen características esenciales generales (análisis, abstracción) y sobre esta base se agrupan y reciben una denominación determinada (síntesis, conceptualización).

La diferenciación de características esenciales y secundarias tiene como base la reproducción de asociaciones que tuvieron lugar en la experiencia previa cuando al relacionarse dichos signos de los objetos o fenómenos recibieron diferente reforzamiento.

Formarse un concepto -dice Tomachewski- es seleccionar las características importantes de ciertos objetos y manifestaciones de la naturaleza, o de la vida social y expresarlas después, verbalmente, en una definición.

Un concepto bien adquirido se puede usar práctica y correctamente en distintas condiciones, con diferentes relaciones, porque se ha comprendido profunda y claramente las diversas características del mismo.

Sobre esta base de las quejas de los maestros acerca del aprendizaje que realizan los alumnos y distintos trabajos de investigación se utiliza el proceso de enseñanza-aprendizaje en las cátedras antes mencionadas, como laboratorio de investigación educativa, tomando como fundamento teórico el planteamiento de que las estructuras analítico-sintéticas sobre las cuales se desarrolla el pensamiento dependen del tipo de enseñanza que ha recibido la persona; pero que, a su vez, el tipo de enseñanza se tiene que condicionar a las estructuras operacionales que ha desarrollado el individuo.

Es de aceptación general que las operaciones elementales del pensamiento subyacen a la construcción de hábitos mentales es-

pecializados o algoritmos que permiten resolver determinados tipos de tareas.

La medicina tiene sus algoritmos para establecer diagnósticos y tratamientos, hábitos mentales especializados que conforman el así llamado *pensamiento clínico*. La enfermería desarrolla una serie de actividades encaminadas a constituirse como disciplina científica. En ese contexto busca sistematizar su conocimiento empírico para ampliar la concepción del Proceso de Atención en Enfermería hacia un Proceso de Diagnóstico de Enfermería, lo que significa trabajar en la conformación de un pensamiento profesional propio que tentativamente hemos denominado *Pensamiento valeológico* y *Pensamiento enfermeril*.

Desde 1983 la autora ha impartido clases de filosofía, psicología y psiquiatría en los cursos transitorios de licenciatura en enfermería de la Universidad Autónoma de Puebla y otras asignaturas en cursos de especialización de hospitales del sector salud y extracurriculares en Puebla, Xalapa y San Luis Potosí. Durante el segundo semestre de 1992 ingresó la primera generación de estudiantes de licenciatura a la Unidad Académica de Enfermería y Obstetricia de la BUAP. A partir de entonces la docencia la ha ejercido en las cátedras de Metodología de la Investigación, Didáctica, Ecología, Psicología y Psiquiatría y realizado seguimiento de aproximadamente 200 estudiantes en los semestres I, II y IV.

Con el presente trabajo se pretende presentar algunas de las particularidades de los procesos de abstracción y conceptualización detectados en dichos estudiantes en condiciones habituales de actividad académica y analizar la manera cómo ellas inciden en la comprensión de fenómenos complejos vinculados con el *proceso vital humano*.

Para ello se analiza:

- a) Las particularidades de las operaciones de comparación y diferenciación al trabajar con imágenes impresas y con conceptos;
- b) Las particularidades del manejo del lenguaje y de la conceptualización;
- c) El nivel de abstracción y generalización que alcanzan los estudiantes en situaciones cotidianas y la asimilación de los conocimientos que se imparten en clases.

\* \* \*

Las clases se desarrollan con enfoque problémico de la investigación y la enseñanza, por consiguiente, cada clase es prácticamente un taller.

La investigación se lleva a cabo de la siguiente manera:

Se inicia con dinámicas de grupo orientadas a detectar las motivaciones cognitivas y algunas particularidades de los procesos analítico-sintéticos superiores.

Se han adaptado las pruebas: *Exclusión del cuarto objeto* (comparación, diferenciación, generalización y conceptualización) y la *Prueba de Goldstein* (para el estudio de las operaciones del pensamiento y proceso de conceptualización) con temas generales de la vida cotidiana, de biología y sobre actitudes.

La prueba *Exclusión del cuarto objeto* se maneja con 12 láminas, en orden creciente de complejidad, en cada una de las cuales se representan cuatro objetos, animales, etapas de un proceso biológico, situaciones o actitudes. La tarea consiste en describir detalladamente lo observado, excluir una de las representaciones y agrupar las tres restantes dándoles una denominación que comprenda las características más importantes del grupo.

Se pide al estudiante explicar el juicio que subyace a la solución dada. *La Prueba de Goldstein* es adaptada con figuras que representan distintos aspectos de la naturaleza viviente de tal manera que puedan conformar los conceptos: *especie, fauna, flora, ser humano* y "*vida*".

Se han elaborado series para los conceptos *estaciones del año* y *desarrollo*.

Se manejan modelos de problemas psico-pedagógicos sencillos, de relaciones familiares cotidianas, clínicos y específicos de actividad enfermeril.

En clases los ejercicios son: observar, describir, comparar y diferenciar, abstraer, generalizar, concretizar, inducir y deducir, utilizar la experiencia anterior para dar solución a nuevas tareas, trasladar el proceso a modelos propios y llevar a cabo un proceso de diagnóstico específico de enfermería, comparando y diferenciando con el proceso de diagnóstico médico.

En la solución de las tareas se toma en cuenta el manejo de la extensión y profundidad de los conceptos que giran sobre conocimientos que se supone deberían corresponder a los niveles de educación primaria, secundaria, preparatoria y de los semestres respectivos de la carrera.

Se llevan a cabo anotaciones sobre el avance en los procesos analítico-sintéticos superiores de los estudiantes.

### *Los procesos de abstracción y conceptualización*

La observación y registro cotidiano del desarrollo de las activi-

dades de enseñanza-aprendizaje permite una aproximación a la comprensión de las particularidades de los procesos analítico-sintéticos superiores en los estudiantes durante el proceso docente, que se desarrollan en el orden siguiente.

### *Observación y descripción*

Los estudiantes demuestran serias dificultades en el proceso de observación y descripción de las tarjetas: no precisan el contexto, se complica la ubicación espacial (derecha-izquierda y por cuadrantes), carecen de principios sistematizadores para dar una idea cabal de las partes o propiedades de las figuras, situaciones y procesos representados. Priman los conceptos populares para caracterizar lo observado. Así, por ejemplo, ajolote y renacuajo son una misma cosa, al igual que serpiente y anguila.

El manejo de sustantivos, verbos y adjetivos es paupérrimo. Fallan los contenidos de los conceptos geográficos y los conocimientos históricos elementales.

Después de un trabajo de aproximadamente una hora diaria durante dos meses (40 horas) mejora el proceso de observación y descripción, más, cuando pasado un semestre se da como tarea realizar observación y descripción objetiva de eventos llevados a cabo en el aula o la escuela, se encuentra que no logran hacer el traslado del proceso supuestamente aprendido, sin embargo, al finalizar el segundo y sexto semestres, los alumnos con motivaciones cognitivas demuestran buen desarrollo de la capacidad de observar y describir fenómenos externos y subjetivos.

### *Comparación*

Inicialmente la comparación se lleva a cabo sobre la base de los aspectos que más les llama la atención -que no forzosamente

corresponden a las características esenciales de los fenómenos representados- o sobre la base del conocimiento popular. En este sentido la rana es un estadio adulto del sapo, y éste a su vez lo es del ajolote; el murciélago no es más que un ratón envejecido (que al haber vivido 100 años le aparecen alas) y así sucesivamente.

Paulatinamente van destacando los aspectos, propiedades o estructuras esenciales y los vínculos o relaciones de lo representado, pero se dificulta establecer las diferencias en el mismo nivel.

Los procesos analítico-sintéticos con relación a las representaciones de actitudes, situaciones, las estaciones del año y el concepto "desarrollo" se dan con mayor facilidad, mas no así en lo referente a procesos biológicos y el conocimiento formal que se imparte en la escuela. Se dificulta el manejo de modelos clínicos.

### ***La abstracción y la generalización***

Una vez entrenados en la identificación y diferenciación de objetos de uso cotidiano, situaciones y actitudes, se procede a formar grupos fijando sus propiedades con denominaciones, aplicando luego el concepto a diferentes objetos o fenómenos poseedores de los rasgos encontrados.

Fácilmente llegan a los conceptos *fauna* y *flora* pero se dificulta enormemente la comprensión de las nociones de *vida* y *especie*, sobre todo por operar con algunas características esenciales que llegan a generalizar (el dinosaurio se ubica en el grupo de las aves por ser ovíparo, en fin). La noción de *ser humano* no incluye al niño ni al anciano y con frecuencia tampoco al deportista. Cuesta mucho comprender que existe diferencia entre el diagnóstico médico y el de enfermería, pero más difícil es llegar a la

noción de *concepto*.

### ***Elaboración de juicios concretos y generales y comprensión de regularidades***

Los modelos de problemas psico-pedagógicos, familiares y clínicos elementales conducen a los estudiantes a detectar con relativa facilidad nexos y relaciones entre conceptos, a compararlos y diferenciarlos, a extraer características comunes de esas relaciones y elaborar juicios sobre fenómenos concretos. Aparentemente comprenden los fenómenos que se explican en clase pero no logran aplicar ese conocimiento cuando tienen que solucionar una tarea de manera autónoma.

Pero se dificulta la elaboración de un solo juicio general (conclusión deductiva) a partir de varios juicios concretos. De la misma manera la abstracción y generalización de características y relaciones esenciales encuentran obstáculos por falta de entrenamiento para establecer relaciones de dependencia entre fenómenos del mundo real y extraer regularidades. En las descripciones que los estudiantes realizan sobre eventos en el aula o en la escuela, después de ejercitarse diariamente durante tres meses en los niveles descritos, expresan poco alcance para establecer relaciones de dependencia entre objetos y fenómenos del mundo real, incluyendo su propia actividad.

En la averiguación (con guía) sobre una institución y en el trabajo elemental: "Yo, mi familia, mi barrio y mi comunidad" los escollos son mayúsculos: a pesar de repetidas explicaciones no logran hacer traslado, llenan deficientemente la guía como cuestionario y la redacción del trabajo final denota pobreza de conceptos y pésimo manejo del lenguaje.

Ya en el sexto semestre en quienes predominan las negativas para el estudio no se logra la asimilación de las regularidades que se detectan en los modelos clínicos. Al trabajar éstos y abordados desde la óptica de la actividad enfermeril pueden realizar el análisis y el llenado de hojas de vaciado sólo con ayuda, demostrando la inmensa mayoría incapacidad de trabajo independiente, inclusive en casos pares después de haber analizado uno de ellos con asesoría.

\* \* \*

La actividad de enseñanza-aprendizaje llevada a cabo durante seis semestres, con tres generaciones de estudiantes de licenciatura en enfermería, permite detectar dificultades en los procesos cognitivos de los alumnos, fundamentalmente cuando se trata de manejar el conocimiento formal de fenómenos que en su experiencia se adquieren al través del proceso educativo. Esas dificultades disminuyen si se trata de detectar, describir y conceptualizar sobre actitudes a cuya comprensión han llegado en la convivencia cotidiana.

Las dificultades radican, entre otras, en la poca flexibilidad del pensamiento, en la ausencia de una cosmovisión procesal (en el sentido no psiquiátrico sino filosófico), en la carencia de un sustrato metodológico y filosófico, fundamentalmente en lo que respecta a las categorías.

Esta situación se destaca en las especialistas y muchos de los docentes cuyas trabas radican en la carencia de una noción filosófica de movimiento, espacio-tiempo, calidad-cantidad, contradicción, necesidad, forma-contenido, externo-interno y otras, manejando estas categorías sobre la base de la experiencia concreta.

Con los datos obtenidos y los planteamientos expuestos son muchos los interrogantes que surgen:

1. Es posible que estas particularidades sean expresión de fenómenos de bloqueo producidos en el proceso enseñanza-aprendizaje, es decir, se trata de una forma de *didactogenia*.
2. Indudablemente que en este tipo de *didactogenia*, no son todos los procesos intelectuales los comprometidos.
3. Este tipo de *didactogenias* impide a los futuros profesionales cuestionarse la realidad circundante en general y su propia actividad en particular.
4. En estas condiciones la tendencia obviamente será a continuar funcionando sobre la base de algoritmos rígidos sin comprender las necesidades que la realidad objetiva plantea y sin desarrollar pensamiento científico.
5. Explorar los procesos de abstracción y conceptualización y precisar los eslabones inhibidos o que inhiben el normal desarrollo de los procesos psíquicos que subyacen al pensamiento teórico en estudiantes de enfermería es importante, pues ello puede ofrecer información significativa para buscar vías para mejorar la comunicación pedagógica.
6. Se supone que existen distintas vías para formar las estructuras que subyacen al pensamiento. En el caso de los pensamientos *clínico, valeológico y enfermeril*, no solamente se trata de operaciones cognitivas sino de una concepción amplia del mundo en general y del *proceso vital humano*, en particular.

## BIBLIOGRAFIA

- Danilov, M. A.: *El proceso de enseñanza en la escuela*. Ed. Grijalbo. México, D. F., 1977.
- Fuerbringer B., M.: *Metodología del proceso de diagnóstico de la patología neuro-psíquica*. Manuscrito. Fuerbringer B., M.: *El pensamiento y su clínica*. Manuscrito.
- Gagné, R. M.: *Las condiciones del aprendizaje*. 4a. ed. Interamericana. México, D. F., 1987.
- Ganelin, S. I.: *La asimilación consciente en la escuela*. Ed. Grijalbo. México, D. F., 1968.
- Guiraud, P.: *La semiología*. 11a. ed. Siglo XXI eds. México, 1984.
- Itelson, L. B.: "Uchebnaia diatitelnost. leió istochniki, struktura i uslovia [La actividad de aprendizaje. Sus fuentes, estructura y condiciones]". En: Iliasov, I. I.; Liaudis, V. Y.: *Jrestomatia po vozrastnoi i pedagoguicheskoj psijologuii. ŠRaboty sovietskij psijologov perioda 1946-1980* [Antología de psicología etárea y pedagógica. Trabajos de psicólogos soviéticos del período 1946-1980]. Universidad Estatal de Moscú, 1981, 79-83.
- Schramm, W.: *La ciencia y la comunicación humana*. Ed. Grijalbo, México, D. F., 1980.
- Tomachewski, K.: *Didáctica general*. 9a. ed. Grijalbo. México. 1966.
- Vygotsky, L. S.: *Pensamiento y lenguaje*. Ed. Quinto Sol. México.
- Wallon, H.: *Psicología y educación*. Pablo del Río, editor. Madrid. 1981.

#### *1.4. Contorno, dimensión gnoseológico-cognitiva y exigencia epistémica en la formación básica*

Desde hace mucho tiempo la psicología acepta que la imagen, la representación, el concepto y la categoría sintetizan el conocimiento, que el análisis se realiza a través de comparar, contraponer y correlacionar los objetos y fenómenos que inciden sobre el sujeto como acto sintético, que destacando lo general y lo diferente se puede generalizar y así aproximarse a la esencia de los fenómenos y hechos del mundo.

En la segunda mitad del siglo XX, Davydov, Majmutov, Ganelin, Talízina, Tomachewski, Rogers, Posner, Gagné, Ausubel, Eylon, Linn y muchos otros han destacado la importancia de la significación en el proceso de aprendizaje escolar. Entre los teóricos actuales de la educación es de aceptación generalizada que, para formar un *pensamiento científico* en los estudiantes es indispensable que ellos asimilen de manera consciente los contenidos de las asignaturas y que esa asimilación se estructure sobre un conocimiento empírico, no científico, de sentido común, sensorial y afectivo.

Desafortunadamente, en la práctica escolar tanto de los niveles elementales como de los superiores, por distintos motivos se ha descuidado y hasta menospreciado ese elemento gnoseológico pretendiendo centrar toda la atención en el cognoscitivo concebido como sus elementos analítico-sintéticos eminentemente racionales.

La psicología cognitiva ha destacado las estrategias de metacognición y de aprendizaje, tomando en consideración desde el autoconcepto cognitivo del alumno hasta la estimación de su propia capacidad de memoria para emplear estrategias es-

pecíficas de recuerdo y manejarlas de manera planificada conforme al grado de dificultad que presente la tarea a resolver. No obstante, el aporte no trasciende el ámbito de lo estrictamente cognitivo y su ángulo de análisis permanece enclavado en la lógica analítico-formal. Algunas de las así llamadas tecnologías de punta y ciencias de frontera tales como la inteligencia artificial, la ingeniería del conocimiento y otras se aproximan a conclusiones sobre la base de las interpretaciones que expertos realizan sobre su propia experiencia, independientemente de que las explicaciones parezcan ingenuas y alejadas de las concepciones científicas en boga. Desde hace mucho tiempo la física cuántica acepta que la materia es energía y la energía es materia sin que nadie considere que esto sea una idea descabellada. Tampoco entonces debería serlo el preguntarse sobre el componente energético del cuerpo humano e incluirlo en los contenidos de las asignaturas del nivel básico de las carreras de la salud, más allá de la bioquímica.

Los problemas que enfrenta la educación en el mundo entero obligan a buscar vías para mejorarla, pero para ello es indispensable revisar los *conocimientos científicos* que se transmiten y la forma de cómo se lleva a cabo dicho proceso. El analizar un contenido conlleva el preguntarse acerca del *contorno de dicho contenido*, es decir, situarse en su horizonte histórico, pues esta comprensión permite establecer diferencia entre el asimilar una determinada información y asimilar la lógica que subyace a la construcción de dicho conocimiento, construcción que a su vez se lleva a cabo en doble dimensión: la sociohistórica del conocimiento científico y la cognitivo-gnoseológica del propio sujeto.

Desde esta perspectiva se puede reflexionar acerca del sustrato sobre el cual los estudiantes de enfermería construyen el conocimiento sobre el objeto de su trabajo: el ser humano y no órganos aislados o enfermedades.

Para muchos maestros los contenidos de las asignaturas deben reducirse a satisfacer demandas concretas con relación a información elemental que el alumno pueda posteriormente recuperar o aplicar en las disciplinas clínicas en forma mecánica. Para otros es indispensable buscar una coherencia interna que haga más eficiente el manejo de los contenidos de acuerdo a los criterios de *continuidad, secuencia e integración* que se establecen a partir de una cierta racionalidad analítico-cognitiva que se trata de incorporar dentro del funcionamiento del Plan de Estudios tanto en la dimensión organizativa como en la operativa, circunscribiéndolos al ámbito de lo cognitivo.

El sentimiento de incompletitud y el deseo de completarse en el otro, ese otro que está ahí para negarlo e interpelarlo pero que a la vez que lo niega lo constituye y configura como sujeto, es un elemento importante que debe tomarse en cuenta en la formación profesional de cualquier trabajador para la salud.

El abordar los fenómenos desde un enfoque problémico permite incorporar el ámbito de lo gnoseológico al proceso de formación profesional, es decir, tomar en cuenta el *mundo de vida* del sujeto.

### ***La experiencia pedagógica***

En una primera aproximación a la comprensión de la experiencia pedagógica se toman en consideración cuatro componentes: a) el contorno, b) el elemento gnoseológico, c) el componente cognitivo y d) la exigencia epistémica.

#### ***El contorno***

Se entiende por *contorno* el horizonte que bordea al contenido y

abre la posibilidad de incorporarle un cierto nivel de realidad excedente que confronta la relación entre conocimiento y conciencia.

En él se destaca como exigencia de razonamiento el *mundo de vida* o ámbito de la constitución de la subjetividad a través de las interacciones e interrelaciones del sujeto consigo mismo y con otros sujetos, con la sociedad, la naturaleza, el deber y el mismo cosmos que conlleva un conocimiento que sobrepasa los límites de la simple información involucrando la *apertura de lectura*.

Esa *apertura de lectura* permite:

- a) Desarrollar la capacidad de visualizar el parámetro desde el cual se lee la realidad, es decir, de cómo se piensan las cosas;
- b) Distanciarse de ese parámetro y
- c) Restituir ese parámetro y redefinir el ángulo de lectura, o sea, verlo desde otro ángulo para romper con los estereotipos.

Así, la idea de *apertura mental* se toma como una actitud configurada por el sentimiento de inconformidad con lo que se sabe, ve, siente, en fin, y la disponibilidad para romper los límites conceptuales asumiendo la necesidad de realidad de una manera más o menos consciente.

Esta forma de conciencia supera la lucidez cognitiva para abarcar formas próximas a la intuición afectiva que exige "una actitud vigilante y de cautela que ayude a no confundir la quietud personal con la certeza" (Zemelman, 1991). Se acepta a nivel general que el pensar es diferente del saber y que aquél no se subordina a explicar y elevar la realidad al plano de lo racional, ni se reduce forzosamente a una estructura teórica, sino que en la medida en que pensar es *pensar fuera de los límites* de una concepción preestablecida, se *transforma* en un campo de posi-

bilidades objetivas.

El contorno se convierte entonces en criterio para enriquecer al contenido que, dada su naturaleza y forma de organización implícita, exige un *abordaje psico-pedagógico* derivado de la concepción del aprendizaje significativo.

De acuerdo con las modalidades que vienen impuestas por la estructura conceptual en la cual el conocimiento de la disciplina en cuestión se ha formalizado y por tanto cristalizado, el alumno capta la relación de *significación coherente* entre los conceptos. Para que el alumno *descubra* el nivel de precisión, extensión, abstracción e inclusividad de los conceptos que ordenan la información al interior de la estructura, la actividad psico-cognitiva debe encaminarse a vislumbrar de manera incipiente el *principio de movimiento*, facilitada por la participación del docente. Así el alumno puede organizar su proceso de acomodación lógico-relacional dentro de su estructura cognitiva que presupone su existencia, o al menos la posibilidad de construir dicha estructura, al interior de su subjetividad.

Dada la edad de los alumnos de los primeros semestres es probable que sus intereses, aspiraciones, anhelos y deseos, estén enfocados al ámbito de su devenir cotidiano en el tiempo presente. Por ello más que centrar su atención y esfuerzo en aras de un determinado proyecto de formación académica y profesional, giran alrededor de fenómenos afectivo-sexuales, comunicativos y otros, mientras la profesión es solo una opción de futuro entre muchas otras.

### ***El elemento gnoseológico***

Lo gnoseológico surge aquí como complemento de lo cognitivo

que se asocia a la construcción de la realidad y comprende aspectos volitivos, imaginativos y de intuición y está asociado a la idea de *sentido* (incluyendo el sentido de la vida). Se parte del supuesto de que incorporar lo gnoseológico al conocimiento escolarizado favorecería la transformación del acto pedagógico en un acto educativo aproximándose, por lo menos de manera indirecta, al ámbito de las necesidades del alumno relacionadas con sus vivencias cotidianas y el cuestionamiento que -como todo ser humano- se hace acerca de su procedencia, su presente y su futuro.

La incorporación y manejo pedagógico de la visión que el alumno tiene del mundo y de la vida le permite mejorar su asimilación de la realidad y con ello su propia transformación.

Los más diversos elementos del entorno, incluyendo las asociaciones que realizan los estudiantes, las leyendas, tradiciones y literatura aportan elementos interesantes a partir de los cuales se pueden plantear hipótesis diferentes a las que surgen de la teoría o del conocimiento acumulado dentro de la disciplina en cuestión, es decir, de su conocimiento no científico se puede abrir un mundo entero de duda, reflexión y cuestionamiento fundamental para construir un pensamiento creativo y realmente científico (no científicista). Valgan como ejemplos los mitos del andrógino y de la energía sexual al momento de la concepción.

En un nivel de predominio gnoseológico al proceso de diferenciación celular los alumnos asocian el *mito del andrógino*. La coexistencia de dos formas de reproducción en el ser humano (la sexual y la asexual a partir de la meiosis y la mitosis) se asocia a un arquetipo en el plano imaginario que en el ser humano pretende compensar parcialmente la incompletitud y soledad que deviene de la comprensión de su naturaleza inacabada.

Esta situación exige incorporar al análisis la noción de *necesario* aplicada tanto al nivel biológico como al psico-socio-cultural.

Dentro del proceso mismo de diferenciación celular se puede observar con toda claridad la interacción entre lo que sería una *exigencia lógico-epistemológica y su función gnoseológica* según el planteamiento de Zemelman, interacción que debe ser comprendida como proceso, como expresión del *movimiento*.

Por otra parte, desde el Tantrismo hasta las más ingenuas y populares representaciones sociales acerca de la sexualidad giran alrededor de la noción de *energía*. En la literatura aparece en una gama amplísima de expresiones incluyendo a *Don Juan Matus*, el personaje de la obra de Carlos Castaneda quien afirma que el nivel de excitación erótica que los padres tienen en el momento de la concepción determina la dotación y el nivel de energía con el cual las personas vienen al mundo.

¿Ciencia ficción? ¿Literatura? ¿Magia? Estas y otras preguntas se han formulado muchas personas en torno a la obra de Castaneda. Empero, independientemente de ello el planteamiento induce a reflexionar sobre el proceso de la concepción, crea la necesidad de superar la visión reduccionista de la formación del cigoto con determinada carga genética y un proceso de desarrollo de carácter mecanicista.

Esta situación obliga a redefinir el punto de vista y a iniciar un proceso de apertura hacia otras posibilidades de realidad que por insólitas e insospechadas que parezcan se deberían tomar en cuenta por lo menos en el plano de lo imaginario.

*El elemento cognitivo.* Muchos son los docentes del área básica de la carrera de enfermería que tienen poco claro el concepto

"ser humano" que subyace al contenido de las asignaturas que imparten.

La noción de *Hombre* que se maneja se reduce a la suma de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales edificada sobre un recorte estrictamente teórico (biología, psicología, sociología) del objeto de estudio. No obstante, esta concepción del ser humano aporta elementos contextuales que permiten cuestionar y abrir el enfoque reduccionista para plantear la apertura de contornos que definen y acotan el contenido y así dar paso a un proceso de problematización del cual en el área básica correspondería comprender la particularidad de la animalidad humana transformada por su relación consigo mismo y con el entorno (incluyendo a otros seres humanos) donde el comportamiento es un acto complejo de esencia reflejo-motivacional regido por sistemas funcionales que integran desde los niveles biofísico y bioquímico hasta los ético-estéticos y simbólicos.

Para que el alumno asimile conscientemente los conocimientos fundamentales que se imparten al inicio de la carrera es necesario que:

1. Se forme una noción clara del *aparato categorico-conceptual* de las disciplinas que aportan contenidos básico-formativos para lo cual es importante que: a) Conozca las categorías y conceptos básicos de las disciplinas en cuestión, b) Comprenda las relaciones lógicas de significado y c) Distinga distintos niveles de inclusión, generalización y concreción.

Ello le permitirá establecer la cualidad de cada concepto, su extensión y jerarquía, así como el nivel de precisión de su definición y además comprenderá que el lenguaje en que se expresa el contenido es un lenguaje de significados.

2. Advierta y capte una serie de *regularidades empíricas* que se expresan en los diferentes procesos que se estudian en las disciplinas correspondientes y algunas *leyes* que rigen su comportamiento tales como las leyes de Mendel, la ley de la conservación del individuo, la ley de la conservación de la especie, en fin, de tal manera que le permita comprender la génesis y desarrollo del organismo humano superando el reduccionismo.

### ***Exigencias epistémicas***

En una primera aproximación las exigencias epistémicas están vinculadas a la comprensión de *lo necesario y el movimiento*. Lo necesario tomado como lo que surge en oposición al paradigma de causalidad o explicación que no se agota en la relación de determinación, sino que alude a un razonamiento sobre la realidad no circunscrita a la visión hegemónica recuperando la dialéctica.

El introducir el concepto *movimiento* para enriquecer la comprensión del contenido y mejorar el proceso formativo debe hacerse desde la misma asignatura de embriología, pues así el estudiante podrá superar el reduccionismo en la asimilación de los procesos de reproducción y desarrollo para advertir las diferentes lógicas constitutivas del componente anatomo-fisiológico del proceso vital humano. Estas lógicas se manifiestan a través de un proceso eminentemente dialéctico dentro del cual interactúan los elementos a manera de proceso en el cual ellos se complementan: hombre y mujer, evolución y construcción, génesis y estructura, filogénesis y ontogénesis, natura y datura, en fin. Además, dentro del ser humano existen aspectos que contienen la síntesis integradora de los opuestos, tal es el caso de los diferentes procesos de reproducción (asexual y sexual), la producción de hormonas sexuales masculinas en la mujer y femeninas

en el hombre y otros.

Esto facilitará al alumno asimilar el *principio rector* que se expresa a lo largo del proceso vital humano: el *movimiento* postulado de manera tácita e implícita superando el carácter ontológico que se le da para considerarlo como concepto epistémico que permite la construcción del conocimiento, que le aproxima para aprehender determinada lógica que emana de la estructura del conocimiento en su proceso de formalización.

Así, desde la perspectiva dialéctica una de las exigencias epistemológicas fundamentales es la comprensión del movimiento como algo inherente al contenido mismo con las contradicciones que le son propias. Para comprender al ser humano en su proceso ontogénico, dependiente de él e interactuando con el entorno, el concepto *movimiento* es básico vinculado a los fenómenos que le son de interés, a los contenidos de las asignaturas que constituyen la base de su conocimiento científico. Para que el alumno pueda superar su disonancia cognoscitiva necesita incorporar la noción matemática de *invariante* que se hace más asequible con la noción piagetana de *funciones invariantes* y la comprensión de los *procesos de disonancia y consonancia cognitiva*. Desde aquí el alumno puede sustentar el proceso de construcción de conocimientos en su formación escolarizada.

La noción de movimiento es indispensable para que pueda preparar el sustrato metodológico que le facilite desarrollar el pensamiento conceptual-profesional, para que pueda comprender las regularidades empíricas, tales como las expresadas en los fenómenos biocíclicos y desarrollar la habilidad cognitiva necesaria para su captación.

La comprensión del proceso de embriogénesis, por ejemplo, re-

mite necesariamente a la idea de *realidad en movimiento* como cualidad eminentemente dialéctica donde la herencia y la mutación, es decir, la determinación genética y el cambio propiciado por infinidad de factores permiten el movimiento que se expresa en la contradicción entre el *dado* y el *dándose*.

El *dado* se toma como conformado por la herencia genética que el sujeto recibe en el código desde el momento mismo de la concepción, información que luego se despliega en el proceso de embriogénesis en un medio circunscrito, materno y posteriormente lo hace en su desarrollo ontogénico postnatal en un medio muchísimo más amplio. El *dándose* se conforma por el conjunto de determinantes biológicas, ambientales y psico-sociales que van configurando al individuo a lo largo del proceso vital.

\* \* \*

Del análisis previo y del planteamiento de Zemelman de que la inercia mental "atrapada en el interior de referencias conceptuales y culturales internalizadas" obstaculiza la necesidad de realidad que impulsa para ir al encuentro de aquello que subyace a lo establecido, para encontrar lo que se oculta en lo profundo del orden manifiesto de la realidad, se plantea una serie de hipótesis sobre la manera de mejorar la asimilación de los conocimientos por parte de los alumnos del área básica de la carrera de enfermería pero que puede ser útil a otras especialidades del área de la salud.

\* \* \*

El contenido de la currícula es susceptible de ser mejorado siempre y cuando se puedan apreciar las lógicas constitutivas que subyacen en la estructura formalizada del mismo. Requiere que se incorpore la noción de *incompletitud* como expresión de lo

necesario e inacabado y se trascienda el concepto de *ser humano* ampliando la visión del mismo a un *proceso vital*, como un ser portador de infinito dada su capacidad de *engendrar vida*.

Ello sería factible organizando el conocimiento en forma de núcleos integradores en cuatro niveles:

- a) Conceptos de fundamentación (movimiento e indeterminación),
- b) Conceptos de operación o apertura (límite, ángulo, inclusividad, estructura, función, proceso, desarrollo, sistema, problema y otros),
- c) Conceptos científicos (vida, célula, tejido, órgano, organismo, naturaleza, medio ambiente, ser humano, sociedad, cultura, cosmovisión, higiene, salud,) en fin,
- d) Lenguaje de apropiación, denotativo y connotativo.

\* \* \*

A partir del trabajo de recuperación de las lógicas constitutivas se puede efectuar un proceso de apertura de los conceptos para incorporar elementos del ámbito de lo gnoseológico y trascender de esa forma el nivel de lo estrictamente cognoscitivo. Necesario es que el maestro utilice el concepto de *movimiento* como criterio constructor de contenidos y determine la realidad en términos de los límites abiertos según la necesidad de su movimiento.

El maestro debe ayudar al alumno para que realice análisis de contenido, incorpore núcleos potenciadores del mismo y visualice estímulos cognitivo-gnoseológicos de activación propia.

\* \* \*

En primera instancia es necesario estimular el proceso de aper-

tura del sujeto y generar en él una mayor necesidad de realidad a través del proceso de problematización.

El alumno debe comprender el proceso de hominización, humanización y de desarrollo ontogénico humano, ampliando el concepto *ser humano* más allá de la acepción bio-psico-social para llegar al nivel ético-estético y simbólico incorporando el ámbito de lo gnoseológico y el plano de lo imaginario como forma de pensarse a sí mismo y al semejante. Con ello podrá, así sea parcialmente, sentirse *tocado* por el contenido, es decir, apropiarse del objeto de estudio a partir de su propia vivencia.

## BIBLIOGRAFIA

Caicedo López, H.: *Ideas actuales sobre la enseñanza de las ciencias*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá . 1991.

Danilov, M. A.: *El proceso de enseñanza en la escuela*. Grijalbo. México. 1977.

Davydov, V. V. *Tipos de generalización en la enseñanza*. Ed. Pueblo y Educación. La Habana.

Gagné, R. M.: *Las condiciones del aprendizaje*. 4a. ed. Ed. Interamericana. México. 1987.

Ganelin, S. I.: *La asimilación consciente en la escuela*. Grijalbo. México. 1968.

Giraud, P.: *La semiología*. 11a. ed. Siglo XXI. México. 1984.

Majmutov, M. I.: *La enseñanza problémica*. Ed. Pueblo y educación. La Habana. 1983.

Rogers, R.: *Libertad y creatividad en la educación en la década de los ochenta*. Paidós. Barcelona. 1986.

Talízina, N. F.: *La formación de la actividad cognoscitiva de los escolares*. Angeles editores. México. 1992.

## **II. DESAFIOS DE LA PRACTICA**

### **II.1. El trabajo nocturno**

*El pulso del ser humano sano cambia varias veces  
en el transcurso del día.*

*Herófilo de Alejandria (300 a. n. e.)*

Cada uno de los fenómenos día-noche, vigilia-sueño, trabajo-descanso y vida-muerte es en esencia un continuo en el cual los extremos se caracterizan por particularidades que los hacen ver como contrarios.

El ritmo día-noche de nuestro planeta propicia muchos de los cambios funcionales de los organismos vivos y determina la actividad social del ser humano. La ciencia es una actividad que se desarrolla fundamentalmente durante el día. El conocimiento del ser humano gira básicamente alrededor de su funcionar diurno. Es relativamente poco lo que se sabe acerca de lo que sucede en la noche, en el dormir, durante el descanso. Y prácticamente nada sabemos de la muerte.

Se sabe a nivel general que la productividad de las distintas personas cambia en el transcurso de las veinticuatro horas del ciclo día-noche. Algunas son más productivas en horas de la madru-

gada, otras durante el día, las terceras al inicio de la noche y algunas cuando ésta está avanzada. Quizá lo ideal fuese trabajar de acuerdo a su propio ritmo, pero la organización social ha establecido tiempos laborales generales para todos.

En el contexto general de la actividad laboral el trabajo nocturno es el menos frecuente pero relativamente el más difícil. Para comprenderlo es necesario, como en cualquier tipo de actividad laboral, conocer por lo menos por qué, para qué, en qué condiciones, qué significa y cuál es el resultado.

La observación participativa de los acontecimientos de la jornada nocturna de enfermería conduce a reflexionar sobre los múltiples fenómenos vinculados con este trabajo. Los motivos y las metas del mismo, las actitudes del paciente y sus seres queridos, las actitudes de las enfermeras, las condiciones en las cuales se desarrollan los hechos y los efectos en los unos y las otras.

Por hechos empíricos y datos científicos se ha vinculado la noche con el dormir, con el inconsciente, con el descanso y con la muerte. Pero esta regularidad del tiempo se sujeta también al espacio. La noche puede ser tanto el tiempo de la soledad, del sufrimiento, del dolor, de la agonía y de la muerte o el tiempo de la fusión, de la iluminación, de la construcción, del amor, del éxtasis, de la creación.

La aparente calma de la obscuridad esconde el misterio de la noche: el furor de lo inesperado, de la traición. En medicina se dice que la noche es el reino del nervio vago. En enfermería se constata la agudización de la sintomatología, la descompensación del estado general de los pacientes.

El trabajo nocturno en enfermería preocupa no sólo por las par-

ticularidades de la respuesta de los pacientes y la situación de sus familiares sino también por los efectos en la enfermera y de ésta en el paciente. El trabajo nocturno en una unidad de cuidados intensivos es quizá el más dramático.

### *Elementos esenciales de la jornada nocturna en enfermería*

Generalmente se habla en forma negativa del trabajo nocturno. Parte de lo que se dice es cierto, pero antes de juzgar es necesario tomar en cuenta la serie de factores que lo determinan y sobre esta base ofrecer alternativas viables de solución.

Los siguientes son algunos de los elementos que llaman a reflexionar sobre este problema.

### *Los motivos y la meta*

Se podría decir que en nuestro medio, en enfermería no se selecciona un turno nocturno por gusto sino por necesidad. A grandes rasgos se pueden diferenciar tres motivos fundamentales:

- a) La no existencia de plazas diurnas cuando la enfermera solicita empleo en una institución hospitalaria,
- b) La necesidad de desempeñarse como madre y ama de casa durante el día quedando sólo la noche para realizar trabajo remunerado y
- c) La imposibilidad de satisfacer las necesidades materiales con el sueldo de enfermera de turno diurno.

En el primer caso es posible que con el transcurso del tiempo la enfermera se adapte a este ritmo y permanezca en él a libre elección. En los otros dos casos las condiciones económicas la obligan a ello.

La meta es, entonces, en la mayoría de los casos, obtener recur-

sos económicos para satisfacer necesidades materiales urgentes. En quienes ingresaron porque no existía otra posibilidad de trabajar en su profesión y se han adaptado, aunado al aspecto utilitario se desarrolla la realización como enfermera, generalmente de acuerdo a sus propios esquemas.

### *Las condiciones*

Tanto las condiciones objetivas como subjetivas del trabajo nocturno son especiales. Las dos se imbrican de tal manera que es difícil decir dónde empiezan y terminan los fenómenos del entorno y los personales.

No es igual velar en un pabellón típico de hospital que en uno que exige cuidados especiales. En el primero la actividad voluntaria se concentra fundamentalmente en la primera mitad de la noche. Permanecer alerta en ausencia de trabajo es prácticamente una tortura que suele iniciar alrededor de la media noche. Pero, por la intensidad de actividades en una unidad de cuidados intensivos o en una sala de urgencias la somnolencia del encuentro de los dos días se desplaza hacia las cuatro de la madrugada.

La enfermera que vela ha estado activa durante todo el día. El estrés de la vida citadina y los problemas familiares son su patrimonio. Cansada llega a un servicio en el cual los recursos disponibles están reducidos a su mínima expresión. Todo ha quedado bajo llave, pierde mucho tiempo buscando, no hay refrigerios ni condiciones para dar una mínima tregua al trabajo, pero tiene una responsabilidad aumentada y la obligación de ingeniárselas para improvisar y cumplir con ella.

Agotada después de 18 a 20 horas de actividad (12 de las cuales generalmente son domésticas) y pensando en la solución de sus

problemas personales, hacia las dos de la madrugada siente los pasillos u otros departamentos amenazantes, como si escondiesen algún peligro que ha estado esperando para manifestarse precisamente a esas horas. Por doquier acecha algo inexplicable que produce vivencias molestas que se hacen prácticamente insoportables hacia las cuatro de la madrugada.

De común acuerdo las enfermeras de jornada nocturna se turnan para descansar dos horas en la segunda mitad de la noche. En ocasiones el cansancio es generalizado y se suscitan conflictos porque todas quieren retirarse a la misma hora. Generalmente se buscan los lugares menos visibles o que no tienen acceso para los pacientes y los familiares, tales como la ropería y el cuarto de medicamentos. El frío se combate con colchonetas, cartones y sábanas que se suelen quitar a los pacientes. Algunas enfermeras son menos inhibidas y se acuestan a la vista de todos. Pero cuando el agotamiento es total, las particularidades del carácter pasan a segundo plano y en esas condiciones "donde se caiga es bueno".

Al clarear el amanecer el hospital despierta y con ello se incrementa el nivel de alerta de quienes han velado.

La carga del trabajo nocturno se hace más pesada en días festivos pues, además de las particularidades propias de la jornada, está la permanente añoranza de lo que sucede fuera del hospital, en casa. Al contraponer las dos situaciones se vivencia la realidad hospitalaria como frustración y castigo.

### *Las actitudes del paciente*

Por lo regular desde las 19 horas los pacientes comienzan a sensibilizarse. Los niños lloran a gritos o entran en sueño tan pro-

fundo que puede alarmar. Los adultos se inquietan, aumentan las quejas y lamentos, el miedo puede adquirir características de terror.

Su dolor, su quejido y sus necesidades son diferentes y es necesario interpretarlos. El miedo se incrementa, los signos vitales cambian, la descompensación puede conducir a la muerte.

Los sentimientos de impotencia se tornan martirizantes cuando comprende que a sus pies está un familiar velando por él, desafiando todas las adversidades propias de una institución que jamás pensó que su presencia era necesaria y que también amerita un trato digno.

### *Las actitudes del familiar del paciente*

En las instituciones en las cuales se permite pernoctar a un familiar, el cuadro suele ser conmovedor. La mayoría de las veces es una mujer -madre, esposa, hija, hermana- la que pasa noches secuenciales sin dormir o recostada en el suelo, con frío, hambre, angustia y cansancio.

Durante los primeros días o en momentos críticos puede exigir mucho, pero poco a poco se va impregnando de abnegación, ya no protesta, se asusta ante todo, mira atónita o perpleja.

Necesita solidaridad, tanto y a veces más que el mismo paciente. Una palabra de apoyo, una explicación, una mirada de comprensión y respeto, una voz de aliento le infundirían esperanza, confianza, expectativas positivas. Pero esto es generalmente lo que nunca recibe.

Después de varios días su actitud es más la de un autómatas que

la de un ser humano. Y nadie le toma en cuenta.

### *Las actitudes de la enfermera*

Las actitudes de la enfermera difieren dependiendo de muchos factores, tanto personales como ambientales.

El proceso de adaptación al ritmo nocturno durante el primer año suele ser extremadamente difícil, pero quizá nunca se da un verdadero equilibrio.

Durante el primer año, después de velar, la somnolencia le acompaña todo el día por más que al salir duerma algunas horas. Si siente frío, malestar, irritabilidad. Cuando trata de invertir el ciclo y pretende recuperar el sueño perdido se altera el dormir nocturno y entonces, cuando se siente insomne utiliza somníferos después de los cuales al despertar experimenta fastidio al dormir y a la vida asociado a la martirizante idea de tener que trabajar por la noche. Se descuida inclusive la presentación personal.

Llega al servicio cansada y preocupada. Con frecuencia son los pacientes quienes menos le interesan. La noche está impregnada de angustia, dolor y muerte. Con su transcurrir aparecen en la mente ideas tales como "la noche se hizo para descansar y yo trabajo", "este trabajo huele a muerte", "otros duermen y yo velo", "mientras otros están descansando yo convivo con el dolor y la muerte", "al entrar la noche el médico pasó visita, dio indicaciones, anotó y se fue a descansar mientras a mí me quedó el peso de vigilar estrictamente y responder por todo lo que suceda", en fin. A la mañana siguiente deberá rendir cuentas y hacer inventario de lo que ha sucedido fuera de ella, pero a nadie le preocupará cual fue su sentir.

Surge desasosiego, ansiedad y aún desesperación. De lo que quisiera o debiera hacer solo cumple una tercera parte. Y no es raro que ya sea por desconocimiento, negligencia o agotamiento cometa errores graves.

Las menos responsables hacen su "ronda" para comer y platicar olvidando los pacientes. Falsean datos. Las pocas tareas que cumplen las hacen de prisa para poder descansar más. En ocasiones ni cuenta se han dado que un paciente ha fallecido. Su trabajo no tiene sentido.

En una unidad de cuidados intensivos la inmensa mayoría de las enfermeras de turno nocturno piensan que es inútil ser solícitas con los pacientes pues la mayoría muere. Desde que reciben el turno miran a los que tienen diagnóstico de "irrecuperable" como un muerto en vida o alguien que está muriendo y se preparan para amortajar. Las esperanzas están perdidas. No hay fe ni lucha. Atienden al paciente con desgano.

### *El resultado*

Al terminar el turno nocturno los pacientes han recibido una atención deficiente. La primera mitad de la noche la pasaron muy intranquilos. Se sosegaron hacia la madrugada pero fue entonces cuando se les despertó para cumplir con las prescripciones. Hacia el enlace de turno se ven demacrados, agobiados, astenizados.

El pariente del paciente continúa como espectro.

La enfermera estuvo sola en los momentos de emergencia. Fue prácticamente imposible despertar al médico de turno o no se le encontró. Antes de entregar el turno él mismo le ordenó anotar que el paciente falleció a las 5 y media de la madrugada "para

evitar problemas para sí y para ella". Las notas que ella escribió en el expediente son lacónicas, con frecuencia los datos están falseados.

A las más conscientes no les alcanzó el tiempo. Los pacientes llamaban y solicitaban. Clareó el alba cuando ella exhausta sentía que sus pies estaban pesados, que le costaba trabajo ordenar las ideas y más aún expresarlas. No logró cumplir con lo que debía y la conciencia le remuerde. Las que se califican como irresponsables quizá se defiendan de esa manera porque al llegar a casa tienen que seguir luchando para que vivan y se desarrollen sus hijos.

En su desempeño extrahospitalario advierten que su carácter ha cambiado. Son menos tolerantes. Se cansan con facilidad. Con frecuencia realizan actos en pos de una meta con resultados no deseados. El pesimismo se amplía hacia la vida.

## ***II.2. El apoyo psicológico en situaciones críticas \****

*Lo único que los hombres podemos dar es nuestra fuerza; pero las mujeres se dan a sí mismas, las mujeres dan la vida a los demás con su propia vida, y con su propia vida sustentan la de los demás. Estos dones son los únicos verdaderos.*

*Rabindranath Tagore*

Llevar al plano racional y verbalizar la abstracción de lo que se siente es relativamente fácil. Pero describir las vivencias que surgen cuando se tienen que proporcionar cuidados a alguien que habiendo gozado de integridad, por un descuido propio o ajeno, súbitamente se enfrenta con una situación de incapacidad total, a alguien que no quiere vivir, o no quiere morir; es sumamente difícil.

El paciente que estando lúcido percibe todo el dolor que causan los procedimientos curativos y se da cuenta de su limitación, de sus múltiples vendajes, tubos y sondas y frecuentemente traqueotomía, se debate entre la imagen de lo que era y ahora es. Hace apenas escasas horas o días se desplazaba, interactuaba, era libre para ser él mismo y ahora se encuentra postrado, sometido al dolor físico y al dolor espiritual, al análisis de lo sucedido, a la terrible incertidumbre de lo que será su vida, a la elucubración de lo que pudo haber sido y no fue. Trata de comprobar una y otra vez que es él mismo, que puede moverse, que está vivo.

El conocimiento humanístico es el gran ausente en enfermería. Nuestros programas de estudio nada tienen de antropología cultural, ni de sociología, mucho menos de filosofía. Y lo que se ve en psicología, salud mental y psiquiatría es tan vago que sólo alcanza a confundir más. El problema atañe a la formación básica y se extiende a la especializada como en el caso de enfermería

de cuidados intensivos. Se recibe mucha información y entrenamiento en lo técnico dejando los aspectos humanos para la intuición.

Para comprender y hacer comprender las contradicciones que encierran los fenómenos del mundo, lo negativo y lo positivo de un accidente, lo bello y lo feo del dolor, lo trágico y lo cómico del sufrimiento, lo heroico y lo cobarde de la ciencia y sus instituciones, lo sórdido y lo sublime del tratamiento, se necesita no sólo experiencia y conocimiento empírico sino niveles profundos de abstracción.

Biológicamente un individuo tiene la posibilidad de morir desde el momento mismo de la concepción. La muerte es la hermana gemela de la vida. Pero ¡cuánto nos cuesta aceptar esta realidad! ¡Cuánto miedo nos causa el enfrentarnos a lo desconocido!

La perspectiva de dejar de existir biológicamente, en la mayoría de los seres humanos, es aterradora. Restamos importancia a la peor de las muertes, a la muerte en vida, la muerte cívica, la muerte de los afectos, la muerte del intelecto, la muerte de la originalidad y la creatividad.

¿Cuándo podremos decir que le tenemos miedo a la muerte y cuándo a la vida? No nos paralizan ellas, nos aterramos nosotros ante ellas. Enfrentarlas con dignidad exige heroísmo.

Dignidad y amor definen la calidad del actuar, la calidad del vivir o morir, la calidad del ser. Toda la gama de vivencias y emociones de dolor y miedo es la que reina en un pabellón de terapia intensiva. Dolor y miedo del paciente y de sus familiares por la situación real y la incierta perspectiva. Dolor y miedo de quienes le atienden ante su propio desconocimiento de qué y cómo mo-

vilizar en el paciente aquello que le permita aunar esfuerzos en la lucha por recuperar su salud. Rechazo, prepotencia e indiferencia como mecanismos de defensa ante la dolorosa realidad del paciente, su familia y su propia realidad.

### ***Reflexiones y vivencias ante el binomio "vida-muerte"***

Se podría decir que así como existen distintos tipos y estilos de vida, existen también distintos tipos de muerte y estilos de morir. Parece ser verídico que se muere como se ha vivido y que este acto es el último elemento que se coloca a la estructura de la personalidad.

La muerte propia y la muerte ajena ¿cuál de las dos nos preocupa más? y ¿por qué? ¿Hasta dónde será normal ver morir tanta gente? ¿Cuáles son sus efectos?

No es el heroísmo de las grandes hazañas valoradas unilateralmente sino el heroísmo de la continuidad de los pequeños hechos no reconocidos los que permiten vencer las muertes, los que hacen la vida productiva, los que demuestran la dimensión humana, la esencia de una profesión.

La enfermera de cuidados intensivos vive para favorecer la vida de otros con sus pequeños grandes actos. Pero también necesita vivir para sí. Interviene intuitivamente en situaciones críticas, pero debería hacerlo sobre la base de un conocimiento científico.

El apoyo psicológico en una unidad de cuidados intensivos debería darse en distintos niveles. La enfermera, por estar en relación directa y permanente con el paciente y sus seres queridos interviene en condiciones de emergencia que no dan espera a la presencia del psicólogo o la trabajadora social. Los momentos

en los cuales éstos intervienen tienen otro contenido pues las personas han tenido ya la oportunidad de procesar a su manera la información.

### *El contenido psicológico de lo aparentemente insignificante*

Detalles aparentemente triviales tales como una frase, una palabra, un movimiento, una mirada, una interjección, un baño, la extracción de secreciones, un cambio posición, un apagar o prender la luz, el suministro de alimentos o de una gota de líquido, la aplicación de un apósito e infinidad de acciones más, reivindican su significación al determinar la vida o la muerte.

Sí, todos ellos adquieren carácter trascendental cuando son portadores de la misma esencia humana, cuando tienen apellido, cuando sobrepasan la frialdad del acto mecánico y superan la abnegación, la lástima y la misericordia, cuando son profundamente amorosos, cuando están impregnados de conocimiento sobre la psiquis humana, cuando están dirigidos no precisamente a combatir directamente un estado cuyas características y particularidades son desconocidas, sino a estimular ese cúmulo de potencialidades que la experiencia demuestra que están reservadas para eventualidades como las que conducen a una sala de terapia intensiva.

No es la pequeñez del hábito sino la grandeza del contenido humano de la acción propositiva, la frase de esperanza, la palabra cariñosa, la mirada de aliento, la interjección de aceptación, la actitud solidaria, el afecto espontáneo, el comportamiento solícito, la seguridad en sí mismo, en el paciente y su familia, lo que moviliza el deseo de luchar para vencer la muerte prematura, lo que induce a vivir.

El paciente sometido a terapia intensiva en un hospital de traumatología y ortopedia es antes que nada una personalidad, producto de una cultura, de un medio familiar y laboral o escolar, predominantemente de sexo masculino.

La velocidad con la cual entra en un estado que amerita cuidados exclusivos determina muchas de sus respuestas. Puede estar lúcido o inconsciente. Ello determina en parte la actitud de las personas de su entorno. Consciente o inconscientemente lucha y se defiende, pero en desigualdad de condiciones, por eso no puede triunfar solo, necesita ayuda.

La ausencia de vigilia no significa abandono a su suerte ni el desprecio a la vida. Quizá sea una manera de defenderse ante el sufrimiento, para que éste no le lesione más. Tal vez por eso es que al salir no recuerda.

Empero, los órganos de los sentidos del paciente politraumatizado, a pesar de haber perdido la lucidez, total o parcialmente reciben información. Su sistema nervioso la capta. Su cerebro maneja procesos desconocidos aún para la ciencia. Todo su organismo es depositario de recursos salutíferos. El es un ser social, por eso necesita ayuda, saber que existe esperanza, que lo quieren, que lo esperan, que confían en él, que es necesario.

La extracción social del paciente también incide en su reaccionar. El paciente urbano, máxime si se había desempeñado como jefe o líder, que mandaba y era obedecido, no acepta el no poder hacer uso ni siquiera de la palabra, no concibe haber perdido el control de su actividad. Pierde también el de su personalidad. Manifiesta su enojo y hasta su ira con su mímica, con su mirada. Quisiera y trata de manejar la situación con los escasísimos me-

dios de que dispone. Su trato a la familia, si sus condiciones lo permiten, es agresivo. Inculpa a otros. No tolera depositar su suerte y su vida en manos de quienes le atienden. Desconfía de la eficacia de los trabajadores hospitalarios. Se desespera por todo. Movilizar sus recursos es difícil. Se resiste. Espera que le hagan. Su recuperación suele ser más lenta.

El labriego, el de medio suburbano, el subalterno, generalmente tolera con paciencia, confía, acepta, cree, espera, coopera, procura no incomodar y se ayuda a sí mismo. Su proceso de restablecimiento se estimula con mayor rapidez.

El uno y el otro temen quedarse solos en la sala y en la vida. La presencia cálida del personal y de sus seres queridos les brinda seguridad y esperanza, les hace sentir que a alguien le importan.

Pasadas tres o cuatro semanas el paciente lúcido conoce su estado y sobre esta base controla el tratamiento. Intuye que la muerte le llamó y él desobedeció porque todavía no era su tiempo. Espera mucho de la ciencia pero prevee un posible final letal y se prepara con cierto desafío. El abandonar la unidad de terapia intensiva para pasar a piso puede producir desasosiego. Duda que allá le proporcionen los cuidados que necesita. Para otros es la evidencia que en la lid librada salió vencedor.

Por diversos motivos puede reingresar a la unidad, hecho que toma como la entrada a la antesala de la muerte. Pero no es tanto su propio deceso lo que le inquieta sino su vida bajo la ronda permanente de la muerte. Es hipersensible a los ruidos de los aparatos, las alarmas, las quejas, la agonía y el fallecimiento de sus compañeros de pabellón.

Casi todos abren ventanas y puertas al misticismo. La inmensa

mayoría busca consuelo e iluminación en el poder supremo. La oración les tiende un puente entre El y la vida. La fe en Dios les ayuda a tener fe en la ciencia y en ellos mismos. Cada día la bondad del Creador les ofrece la oportunidad de re-crearse, de confirmar que si están vivos es porque lo merecen. Dios les dice "ayúdate que yo te ayudaré". Y seguramente que muchas cosas más.

### *La magnitud del amor*

El sufrimiento de la familia del individuo politraumatizado, sobre todo del inconsciente, hace preguntar: ¿Dónde realmente está el paciente?

Algunos, profundamente acongojados, preparados para lo peor, inicialmente se niegan a ver a su ser querido pero hacen mil preguntas sobre su estado. Otros desde el primer momento quieren encarar la tragedia. Pero quizá más trágico sea el encuentro con el cuadro de los tubos, los aparatos, los vendajes, la inmovilidad, la inconciencia. Confusión, llanto, gritos, desvanecimiento, dolor, horror. La imagen que están captando no corresponde a la representación social que guió sus interrelaciones. Protesta, injuria, rechazo a esta realidad que con crueldad ha tomado por asalto su vida convirtiéndola en rehén de la muerte.

Enseguida comienzan a exigir al personal la atención que ellos estiman necesaria. En el mundo no existe más que su paciente. Controlan todo. Conflictúan.

El cansancio, el estrés, la tristeza, el desconsuelo y la reflexión poco a poco les hacen cambiar de actitud a muchos. La indeseada muerte comienza a ganar terreno, se presenta como una posibilidad a corto plazo y hacia el cuarto día ya no es un espanto sino

un designio divino. Es preciso aceptar la decisión de la Sabiduría Suprema. Algunos, a pesar de ello, y aun cuando su paciente esté inconsciente, le hablan con ternura y esperanza, le externan los más bellos sentimientos, quizá aquellos que nunca antes le habían confesado, le dicen todo lo positivo que siempre han visto y esperado en y de él, le leen cuentos, poemas o la Biblia. La respuesta suele anular el pronóstico fatal. El paciente se recupera quizá conmovido por la fuerza del amor.

El control de visitas tanto por horario como por el tipo de personas a las cuales está permitido el acceso, tiene mucho para ser reconsiderado. ¿Cuál será el momento y cuánto el tiempo necesario para que el paciente sienta la vibración de quienes le necesitan porque le aman? Pero existe algo más difícil todavía. ¿Qué hacer con la visita de la esposa, la amante y la amiga? Los tabúes propios de nuestra cultura hacen que se coarte la libertad del paciente para que estas dos últimas vibren con él, limitación que se establece sobre el sentir y pensar de los otros pero no de los involucrados.

Las distintas carencias en la formación de la enfermera no sólo obstaculizan la acción e interacción con el paciente y su familia sino también la propia problemática de la profesión. Y es que no es fácil manejar los valores, los símbolos, los prejuicios, las emociones y sentimientos y el sistema de convicciones propias y ajenas. Es preciso mucho autocontrol frente a una realidad corrosiva.

Asusta el paciente politraumatizado que llega a urgencias lleno de sangre y tierra, fracturado y excitado o inconsciente con signos vitales imperceptibles. Irrita el hospitalizado que en su percepción delirante se siente prisionero en un campo de concentración con verdugos por doquier, o en un burdel y toma por damiselas a las trabajadoras tratándolas como tales. Asombra

que no conserven recuerdos sobre la realidad objetiva ni que hayan sentido dolor, empero que sean capaces de narrar lo que su mundo subjetivo interpretaba como el caso de una mujer con estallamiento de vísceras y choque hipovolémico, que manifestó haber sentido sed voraz y visto mucha gente roja que le impedía levantarse a tomar agua. Desconcierta que las convicciones religiosas puedan supeditar la ley biológica de la conservación de la vida y de la especie, como una testigo de Jehová, madre de dos pequeños, que aun cuando su familia y correligionarios al saber que la muerte era inevitable si no se le suministraba sangre, aceptaron la transfusión; ella prefirió la muerte.

Por otra parte, no es raro que la unidad carezca de un elemento indispensable para su adecuado funcionamiento, porque la institución no se ha preocupado de su abastecimiento. Pero, tanto por la identificación que existe con ella como para no causar daño al paciente, cuando sus familiares exigen su empleo, el personal recurre a distintas evasiones aceptando una responsabilidad que no le corresponde. Desafortunadamente la institución no es recíproca en este sentido.

La enfermera de cuidados intensivos suele verse taciturna y disgustada, trabajando silenciosa y preocupada. Simultáneamente tiene que llevar a cabo muchas acciones tanto físicas como mentales. Cualquier descuido puede ser fatal. De su mente no puede borrar las impresiones del día, tampoco puede evitar hacer comparaciones y suposiciones. Aun cuando su labor puede ser elogiada, es frecuente que se la valore superficialmente y se le atribuyan calificativos de elitista y enojona. Poco se toma en cuenta la magnitud de su trabajo y responsabilidad, el desestrés, el cansancio y las emociones negativas que hiperbolizan la impotencia y movilizan mecanismos de defensa no sólo nocivos para el paciente y su familia, sino también una serie de descompensaciones,

somatizaciones y accidentes laborales.

Su satisfacción se centra en la seguridad del deber cumplido, el profundo agradecimiento de los pacientes que habiendo cursado la terapia intensiva en estado de alerta confiesan haber vuelto a nacer allí, o los familiares del paciente inconsciente que una vez dado de alta del hospital le traen para que conozca a quienes cuidaron de él en momentos críticos y que olvidó por la sabiduría misma de la naturaleza.

---

\* En su versión original, con el título *Pequeñeces entre la vida y la muerte* se publicó en la revista PSI y QUÉ, año 1, núm. 1, otoño de 1992.

### *II.3. Las dos caras de las relaciones de poder*

*La mujer es un diablo perfeccionado.  
Victor Hugo*

Cada ser humano es producto de su medio en su momento, pero también es producto de sí mismo. Es inconcebible una persona como resultado exclusivo de la educación recibida pues, por las particularidades mismas de su temperamento, desde la más temprana infancia de una u otra manera opone resistencia a las influencias que chocan con sus predisposiciones. Sin embargo las experiencias de la vida pueden producir huellas indelebles y generar problemas severos de relación con el mundo en general y con las personas y consigo mismo en particular.

La conservación del individuo y de la especie podría tomarse como el sustrato biológico de la tendencia natural a mantener la jerarquía del grupo, a ocupar un lugar dentro de ella, a introducir cambios en el entorno. La experiencia de amor u odio aporta su contenido a la actitud de liderazgo que sobre esta base se desarrolla. El ejercicio consciente del poder será constructivo cuando se ha estructurado sobre el principio creador, sobre el principio del amor e inhibitor y hasta destructor cuando la experiencia vital sobre la cual se ha conformado, ha sido de odio.

Dos son los principios fundamentales sobre los cuales se estructuran las actitudes de poder: el amor y el odio. En el primer caso el poder se utiliza para crear, en el segundo, pretendiendo crear se destruye.

La manera de introducir orden en el entorno está íntimamente relacionada con la historia personal, la manera de concebir el mundo y a sí mismo, la capacidad de gozar la libertad para ser autónomo y otros factores.

La persona que tiene una imagen clara de sí misma, actitud positiva hacia la vida y el trabajo creativo y es capaz de dar y recibir afecto, estructura su poder sobre el principio del amor y estimula el crecimiento profesional y personal de sus colaboradores. Con frecuencia encuentra resistencia en el entorno, sobre todo en ciertas instituciones que necesitan mantener al personal sumiso.

Vacío espiritual, inseguridad, subordinación y soledad parecieran ser los atributos más destacados de quienes en forma irracional ejercen el poder. La necesidad mal entendida de superar el miedo que produce la vida, conduce a buscar ganarse la aprobación de los superiores, de la institución. Muchos elementos de la estructura jerárquica en esta búsqueda pierden su originalidad y creatividad y la posibilidad de desarrollar su esencia humana.

La disarmonía del individuo consigo mismo y con el entorno se manifiesta en egoísmo y egocentrismo, máximo despliegue de la incapacidad de quererse a sí mismo y de la convicción de ser el centro sobre el cual recae la malevolencia del mundo.

El minipoderoso quiere agradar a quien concibe como superior que generalmente es el mesopoderoso. Los dos pretenden demostrar que interpretan y satisfacen hasta los mínimos deseos de quien representa su máxima autoridad.

En enfermería, desde el nivel docente hasta el de servicio, se ejercen los dos estilos. A nivel de mandos medios abunda el segundo tipo de personas que suelen ser seleccionadas por los mandos altos por dos motivos; primero por que le sirven para mantener el estado de cosas que les interesa y segundo, por que generalmente cuando se abren las convocatorias son las que se presentan a concurso.

### *La cara del amor*

Lograr un grado académico o escalar hasta un cargo de importancia exige un esfuerzo titánico, pero mayor dificultad presenta la lucha cotidiana para ser cada día mejor, para superar las tendencias inhibitoras, para conservar y desarrollar la capacidad de dar y recibir afecto positivo, para trabajar en forma creativa, para establecer y mantener vínculos alentadores con la comunidad humana.

La experiencia personal, no exclusivamente como producto de las influencias externas sino como resultado de la interacción de lo ambiental con las predisposiciones del individuo, es quizá la fuente más rica que alienta el desarrollo de una persona.

En cualquier historia individual existe amor y desamor, alegría y sufrimiento, facilidades y obstáculos, momentos críticos y situaciones de calma, justicia e injusticia, miedo y audacia, soledad y comunicación, estabilidad e inestabilidad, en fin. Pero una personalidad armónica, lejos de agobiarse y dejarse dominar por las asperezas toma la insatisfacción como punto de partida para realizar nuevas proezas. La satisfacción que éstas le producen no le atan al descanso y

al sopor si no que, por el contrario, le abren nuevos horizontes de posibilidad, le generan nuevas necesidades que le impelen a un permanente esfuerzo y actividad.

### *Autoimagen clara*

La imagen que una persona tiene de sí misma se ha conformado en parte por las influencias de su entorno, pero depende fundamentalmente del autoconocimiento y del conocimiento que tiene del mundo y de la naturaleza humana.

Las contradicciones, cuando no son conflictuantes, estimulan el desarrollo. El ser cambiante dentro de determinados límites rompe la tendencia a la monotonía y permite establecer distintos tipos de relaciones consigo mismo y con el entorno, lo cual enriquece la experiencia vital.

Siendo primero su propio juez este tipo de personalidad reconoce sus limitaciones y errores pero también sus capacidades y posibilidades. Acepta sugerencias, toma en cuenta la opinión de otros pero no se subordina.

Puede odiar en un momento preciso pero no se estanca en el rencor, menos en la venganza. Su egoísmo es positivo, es el reconocimiento de sus valores, de sus ideales, de sus convicciones, es el querer a sí misma para poder amar a los demás.

Mirando a otros se ve a sí misma y degusta mejor el sabor de la vida cuando ha logrado superar sus defectos y salvar los obstáculos del entorno. Se perdona a sí misma y a quienes le han ofendido. La claridad de su autoimagen da luz a su vida.

## *Actitud positiva hacia la vida*

Para adaptarse de manera creativa la persona necesita ser auténtica y sincera, sentir la fascinación del cambio (pero de un cambio lógico y creativo), el embrujo de explorar el mundo, forjarse ilusiones y planes fantásticos, buscar experiencias nuevas, luchar por la autonomía. La vida es fuente de alegría y de amor. Ella da y recibe, siembra y cosecha y selecciona las mejores semillas para obtener los respectivos frutos.

Sus actitudes positivas provocan en el entorno vivencias con igual tinte. La satisfacción de ser ella misma irradia y contagia.

Tiene momentos de soledad, pero es una soledad voluntaria, soledad que le permite estar consigo misma para profundizar en el análisis de su sentir, pensar y actuar. Pero también puede encontrar soledad por la incomprensión del medio, puede ser traicionada e inclusive vilipendiada, sin embargo, esto es temporal pues, afortunadamente en el mundo existen muchas personas parecidas que pueden brindarle el apoyo que precisa. En ello radica precisamente la belleza de la vida y del ser humano que hoy piensa y actúa de una manera y mañana de otra.

## *Trabajo creativo*

El ser pensante siempre quiere saber acerca de su origen y su fin, el motivo de sus acciones y a dónde le conducen, el por qué y para qué de su existir y su actuar, el cómo hacer para que los resultados correspondan a la meta propuesta. Capta el entorno como material preciso para la elaboración

de auténticas obras de arte, puede esculpir desde una estatua o entretejer los hilos para una joya de filigrana.

Su trabajo tiene un sentido, tiende hacia una meta y es eficiente, le permite realizar sus propios planes y mostrar sus potencialidades. Teniendo claridad sobre sí mismo y una actitud positiva hacia la vida estimula a las personas para que se realicen, que saquen a luz sus capacidades ocultas.

Cuando la realidad le plantea determinadas exigencias y sus propios planes no logran satisfacer las expectativas acepta planes ajenos pero se involucra en ellos hasta convertirlos en propios.

Como el medio tiende a acomodarse dentro de lo establecido y a emplear el mínimo esfuerzo, siempre opone resistencia al cambio. Vencer la inercia, la comodidad, la pereza suele ser difícil. Pero quien trabaja en forma creativa no se deja menoscabar por el entorno y el triunfo es su mayor gratificación. El trabajo es fuente de alegría y satisfacción. El poder lo ejerce para impulsar el desarrollo personal y la realización profesional de sus colaboradores y con ello de la institución en aras de la armonía y la felicidad de todos.

### *La cara del odio*

En la biografía del déspota el vacío espiritual, el déficit de emociones y sentimientos positivos, se remonta hasta sus ancestros. Concebido generalmente, como sus propios padres, por intereses puramente materiales, ignorancia, soledad o violencia, no sintió en el vientre materno el entusiasmo por su presencia. En ocasiones, si bien existían expectativas positivas éstas se frustraron al nacer cuando apareció con el

sexo o características físicas no deseadas. A veces, en el transcurso de la vida se truncaron cruelmente las ilusiones forjadas provocando un severo resentimiento que fue incapaz de superar. Es decir, nunca tuvo amor o habiéndolo tenido lo perdió, perdiendo con ello también el sentido de la vida.

Esa oquedad suele llenarse con emociones negativas y de ahí parte su percepción sombría del mundo, su interpretación pesimista de las personas y los fenómenos. Su interacción con el entorno es cada vez menos gratificante, las frustraciones atraen nuevos eventos frustrantes. Su proyección hacia el futuro se carga de odio. Su autoimagen se deteriora.

### *Vacío espiritual*

La enfermera déspota, maestra o en ejercicio profesional, puede haber logrado un nivel aceptable de entrenamiento, manejar información como un autómata, dominar alguna o algunas técnicas, pero carece de un verdadero conocimiento del mundo por desconocer la esencia del ser humano y ser incapaz de vibrar con el dolor ajeno.

Sus valores son los antivalores de sus colegas y de los alumnos y pacientes. Incapaz de analizar un problema, de buscarle una salida sensata, hiere, grita, ultraja, levanta actas, lleva la queja a los superiores, rescinde contratos. Limitada también para entablar diálogo, para comunicarse, acude al rumor, a la calumnia, a la hipocresía y aún a la perfidia. Las actitudes de otros son valoradas negativamente. No se inmuta causando daño irreparable a quien sea si necesita evidencias para acusar a una colega. Para ella la

maestra o enfermera solicita "maleduca" a los alumnos y pacientes. Insensible ante el agotamiento del alumno o el dolor del paciente y su familia los trata con aspereza, hace caso omiso a sus quejas o delega funciones. La ausencia de autocrítica puede llevarle inclusive a ponerse como ejemplo a seguir.

Tiene aspiraciones concreto-vitales y concreto-personales pero carece de sentimientos superiores, de necesidades espirituales, de ideales. El trabajo propio y ajeno no le satisfacen, su actitud laboral es eminentemente utilitaria, siempre como medio para alcanzar satisfactores materiales. Entre menor sea su nivel de preparación más desecha cualquier actitud creativa de sus colegas en el campo laboral, máxime si parte de aquellas han logrado un nivel de preparación académica superior al suyo. La maestra llega a externar vergüenza de pertenecer al "gremio", no es raro que su única experiencia clínica se haya dado solamente durante la prestación del servicio social obligatorio para obtener el título, en algunos casos solamente ha "debutado" en un consultorio particular. Y ahora "forma" nuevas enfermeras. Convierte en conflictos personales las diferencias en la manera de solucionar problemas y sus conflictos personales los extiende al medio laboral.

Esta pobreza espiritual es su tragedia. No tiene amor para dar, por tanto tampoco puede recibir.

### *Inseguridad*

La inseguridad, como expresión de miedo, es su sentimiento más fuerte. Las cosas siempre le salen mal, debe adoptar medidas que le permitan demostrar que sí puede. Pierde la

espontaneidad del caminar, ahora marcha con altivez, mirando por encima del hombro. Alguien debe reconocer su esfuerzo, su exclusividad. "El mundo en su injusticia le ha convertido en víctima". Necesita ser vista. Alguien precisa su colaboración para castigar ese mundo nefasto.

Su propia vida es la fuente de miedo. Usa máscaras. Busca vivir dentro de lo conocido, de lo real, sujeta a una autoridad. Su experiencia vital le ha condicionado dentro de este esquema. Teme a su propia libertad y por consiguiente a la de otros. Se defiende colocando barreras prácticamente insalvables para que nadie se acerque, mucho menos que penetre. Pero también trata de poner vallas a la actividad de otros pues cada expresión de libertad de ellos pone en evidencia su limitación.

### *Subordinación*

Anidando dolor quiere vengar su sufrimiento. Será el perfecto mando medio: incondicional con los superiores, cruel con los iguales e inferiores. El poder no lo ejercerá sobre la base de ideales. Su servilismo, prepotencia y despotismo sólo logran alejarla del uno y del otro conduciéndola a una soledad más lastimera. El vacío espiritual incrementa, la insatisfacción y la inseguridad se acentúan. El círculo vicioso se ha establecido, la neurosis no puede ocultarse.

La persistencia de sus propias ideas y acciones, su "made by me" le han impedido armonizar con las situaciones. Busca entonces un "made in ..." que le permita asirse a una estructura que le indique que es útil para algo. Realiza una "maestría" en educación o un curso de especialización en administración para evadir la carga intolerable del trabajo

que exige creatividad y entrega. No es el poder del conocimiento lo que busca, si no dejar esta rutina para iniciar otra que le amplíe la posibilidad de dar salida a su neurosis destructiva. Como no puede crear obedecerá y hará cumplir órdenes. Eso le resta responsabilidad.

Su trabajo es utilitario. Sus jefes lo valorarán y premiarán. Incapaz de innovar tampoco puede comprender la originalidad de otros. No podría explicar ni menos justificar cualquier realización laboral que saliera de los esquemas, podría acarrearle castigo, quizá hasta la pérdida del cargo.

Habiendo coartado su propia libertad pero teniendo cierta capacidad para comprender que sólo la vida en sociedad puede ser productiva y gratificante, busca establecer vínculos con el entorno y los encuentra en el poder temporal y limitado, el poder subordinado. El vacío espiritual y la inseguridad no le permiten dar, ni mucho menos crear. Interpreta a su manera los objetivos de la institución y se apropia del papel de capataz. Limitada para comprender las interacciones y las antinomias del ser humano sólo puede sugerir desatinos a sus superiores y acatar ciega y torpemente sus disposiciones.

### *Soledad*

La soledad enajenada es contraria a la naturaleza en general pues va contra el mismo instinto gregario.

Como trabajadora, la enfermera ve rivales por doquier y le causan envidia. Los rivales obstaculizan recibir una evaluación mejor. Los celos y el recelo, la animadversión, el susto, la tensión y la intranquilidad la colocan en una

posición de máxima distancia con los demás hasta propiciar una soledad real, aún entre la multitud.

Su piel se marchita a gran velocidad, su vejez, le aterroriza, comienza a vestirse de manera "juvenil" y adopta comportamientos extravagantes y toma por embeleso la compasión que produce entre quienes la ven desde fuera.

Puede aparentar satisfacción con la vida, cortesía y bondad, lo que no es más que otra máscara para ocultar su dolorosa realidad. El miedo engendra agresión, la subordinación, prepotencia y el vacío espiritual, incapacidad de autocrítica y crítica constructiva. Con estas características despierta en el entorno también emociones y sentimientos negativos tales como lástima, desprecio, rechazo. No logra captar los intentos de ayuda que ocasionalmente le brindan y responde con hostilidad a cualquier manifestación humana. Por doquier siente la mirada quemante del entorno. La critican los superiores, pero la utilizan. La analizan los colegas, alumnos y pacientes quienes ven en ella a una pobre mujer convertida en monstruo. Se burlan de ella los subalternos. Su tragedia se ha convertido en drama para unos y en comedia para otros. Y todos se han alejado. Está sola en el mundo para cosechar los frutos de su propia siembra.

\* \* \*

La observación participativa del manejo del poder en enfermería dentro de organismos educativos y de servicio, herméticos o semicerrados pone en evidencia que el poder ejercido por un líder positivo, que estimula el crecimiento propio, el de sus colaboradores, no es el predilecto de las jerarquías autoritarias y rígidas, pues la individualización del

trato a las personas de acuerdo a las características propias y necesidades de cada quien, el exigir a cada cual lo que puede dar, el respetar las posiciones sensatas y tomar en cuenta las necesidades y problemas no es la meta de la institución.

La líder estructurada sobre la base del amor conoce los límites de su poder, apoya y busca apoyo. En la comunicación aflora su mundo interno. Tiene capacidad de decidir pero esto provoca malestar en quienes temen el descontento que siempre existe en cualquier institución en proceso de obsolescencia.

Personaje controvertido, suele ser vista como un peligro por las instituciones y como heroína por quienes le comprenden. Observa y analiza, vibra con el dolor ajeno, se enorgullece de su profesión y la reivindica, choca con la inercia, la subutilización, el autoritarismo pero también con la indolencia del "lasse faire". Compite para ser mejor, para superarse y ayudar a superar las limitaciones de su profesión, de su institución, para establecer un orden más justo y en aras de ello enfrenta múltiples retos. Son los seres humanos que propician y realizan las transformaciones.

Esta es la jefa, maestra y enfermera que la gente clama, desafortunadamente es la que se encuentra con menor frecuencia.

La antítesis es la enfermera que ha estructurado su poder sobre los principios del odio. Convertida en marioneta cree que está hecha para aplastar, para demostrar a los jefes cuán miserables son los subalternos y lo obediente, implacable, despiadada y eficiente que es ella. Caricatura de la

verdadera autoridad, la autoridad del conocimiento y la creatividad, no se percata de su miedo destructor ni de su inmensa soledad, o si alguien se lo señala se defiende racionalizando, justificando con argumentos elementales su actuar. Incapaz de comprender lo negativo de su desempeño pretende inducir a otros de su nivel a hacer lo mismo.

No es solo la concepción del poder la distorsionada, lo es también la comprensión del ser humano y del mundo. Todo inspira desamor. No aprendió a recibir afecto positivo, por eso tampoco puede darlo. Los esquemas internalizados son rígidos, fríos, egoístas, destructivos, nada originales. Tal pobreza interna impide comprender la riqueza de las relaciones humanas, la belleza del espíritu, la originalidad, la creatividad, la posibilidad de dar solución a los problemas de manera diferente. No está hecha para motivar, estimular, dirigir o desarrollar sino para mandar, para hacer cumplir las disposiciones de acuerdo a su limitada concepción.

## II.4. *La identidad del profesional de enfermería*

*Las mujeres son según el hombre que las juzga.*  
P. A. Uceda

La identidad de cualquier persona se forma en la educación a lo largo del proceso vital y se compone de muchos elementos entre los cuales el "YO" desempeña un papel fundamental.

Desde que la educación se conforma como institución se plantea directa o indirectamente, según Durkheim, asegurar la supervivencia del pasado. Por ello, a lo largo de toda su historia se estructura sobre la base de lo que los ancianos de la tribu, los "maestros", los "iniciados", estiman se debe hacer, siendo ellos quienes determinan qué, cómo, cuándo, a quién y para qué se debe enseñar y aprender.

Y aun cuando ya Rousseau en su *Emilio* planteaba que toda enseñanza debe responder a la curiosidad, a una necesidad, a la solución de dificultades, por consiguiente debe ser deseada y aceptada con gusto por parte del alumno, es sólo en la década de los 20 del siglo XX cuando se sistematizan distintos estudios acerca del papel que desempeña la motivación en el proceso enseñanza-aprendizaje.

La tendencia al conocimiento, a dominar una determinada profesión, a comprender la ciencia, el arte, la literatura, la filosofía, se forma en el proceso de educación social y se convierte en base de formas complejas de actividad propositiva, sobre todo de aquellas que moldean al ser humano como personalidad. Esa tendencia tiene distinta

expresión en las personas, inclusive entre las que desempeñan una misma actividad, con similar responsabilidad y dentro de una misma institución.

\* \* \*

La práctica docente al igual que la práctica profesional es en esencia el encuentro del ser humano con el ser humano. En condiciones ideales se plantea que en dicha relación no se da una distancia entre quien sabe y quien no sabe, si no entre quien tiene un determinado conocimiento sistematizado y desea compartirlo y quien no lo posee y necesita, debe o quiere adquirirlo.

Pero la realidad dice que no siempre quien "enseña" sabe, ni menos que desee compartir conocimiento especializado, como tampoco quien "aprende" realmente está buscando ese tipo de información, se siente satisfecho con la que recibe y efectivamente aprehende y utiliza lo que le están brindando.

En el caso de la educación, solamente se aprende si se desea hacerlo. Pero además, es necesario que el acto pedagógico se lleve a cabo en un ambiente que propicie la asimilación de los contenidos que se vierten en él.

Por otra parte, existe gran diferencia entre la enseñanza con la cual se forma un profesional y aquella con la cual se enseña el oficio. Si bien en ambos casos el maestro desempeña un papel importante, no es él precisamente el único responsable del clima afectivo-motivacional para que el acto pedagógico se desarrolle como un acto comunicativo.

Para la mayoría de las corrientes filosóficas y psicológicas el "YO" es el principio regulador de la vida psíquica y la fuerza espiritual de autocontrol. El autocontrol exige el autoconocimiento y la autovaloración y éstos, a su vez, presuponen el conocimiento y la relación de la persona hacia la realidad y la permanente sensación de sí mismo en ésta.

Es de aceptación general que el ser humano, para plantearse metas realizables, valorar su propia actividad y los resultados de la misma y sopesar los aspectos positivos y negativos que el medio ofrece, debe poseer una autoconciencia íntegra y un "Yo" sano.

La educación, a nivel general, enfrenta actualmente una serie de retos, el mayor de los cuales es sin duda, preparar al ser humano para que pueda ser él mismo en las condiciones de la revolución científico-técnica, ser creativo y ejercer su independencia y libertad -como lo dirían Pável M. Iákobson o Carl Rogers-. Obviamente que para ello es necesario que el individuo quiera serlo, que esté motivado para descubrir y transformarse a sí mismo y al mundo.

Generalmente los teóricos y metodólogos de la educación, desde su experiencia y concepción, critican y proponen métodos y alternativas para dar solución a los distintos problemas de la educación olvidando que el estudiante es, antes que nada, personalidad, un "Yo", un ser activo, pensante, portador de una concepción del mundo y de sí mismo, dueño de un universo subjetivo en el cual el estudio y su proyección hacia el futuro ocupan un lugar especial.

Para buscar soluciones a los problemas de la preparación de

personal calificado en enfermería es necesario conocer, entre muchas otras, al profesional no precisamente como los jefes, los pacientes, los maestros o su familia le perciben, sino a partir de cómo él se concibe a sí mismo, cómo se describe, qué conoce de sí, es decir, cómo se autodefine.

En el caso de enfermería, por las particularidades mismas del trabajo con el portador de patología y con la persona sana, el autoconocimiento, la relación crítica del profesional hacia sus aspectos físicos y espirituales, la detección de sus propiedades y posibilidades, la correlación que puede establecer entre éstas y las exigencias de la vida, es muy importante. El tema de la autodefinición está muy poco estudiado, o por lo menos se desconoce trabajos al respecto. De ahí que se haya estimado conveniente partir de la exploración de lo que estudiantes de este campo consideran qué significan para el entorno bio-físico y socio-cultural, pero antes que nada para sí mismos.

En ese contexto se hace necesario conocer por lo menos una mínima parte del mundo interior del estudiante universitario, del nivel que sea: ¿Cómo se concibe a sí mismo? ¿Qué lo condujo a las aulas y lo mantiene en ellas? ¿Qué es lo que desea y qué le disgusta?

Buscando una aproximación a la comprensión de esta problemática se viene trabajando con estudiantes y profesionales de la enfermería a nivel técnico, de licenciatura y de especialidad. Sus opiniones, por ahora, se pueden sistematizar en dos: las que giran alrededor de su identidad personal y la percepción social que poseen de su vida profesional. Los resultados que aquí se presentan van de menor a mayor.

## Los profesionales en formación

Para abordar el problema de la autodefinition del estudiante de enfermería a nivel de licenciatura es indispensable conocer, entre otros aspectos fundamentales, la manera cómo él se concibe en los siguientes aspectos de su "Yo":

- a. Físico.
- b. Presente.
- c. Dinámico.
- d. Fantástico.
- e. Ideal desde el punto de vista de: - su familia - su conciencia moral.
- f. Posible.
- g. Idealizado.
- h. Representado.

A partir de las opiniones emitidas por profesionales de enfermería en formación acerca de su "YO" se detectan tres grupos: I. Con un "YO" volitivo energético; II. Con un "YO" volitivo y III. Con un "YO" débil.

### *Grupo I. "YO" volitivo energético*

Los profesionales de enfermería en formación de este grupo estiman que sus mayores cualidades son, en orden decreciente: espirituales, morales e intelectuales.

Describieron su "YO" físico detallando las distintas partes dando una imagen más o menos precisa de su cara y cuerpo. Calificaron sus aspectos estéticos de manera moderada demostrando su autoaceptación.

Se proponen luchar diariamente con responsabilidad para

mejorar en todos los aspectos, adquirir muchos conocimientos en los aspectos más amplios, ser excelentes profesionales, respetar y hacerse respetar y ayudar a quienes los necesiten.

Si todo fuese posible quisieran ser los mejores profesionales de enfermería sin perder su esencia personal, aportar a la humanidad, a la carrera, a la patria y a su familia.

Coinciden los deseos de sus parientes cercanos con lo que les dicta su conciencia moral y así, a partir de las normas y modelos asimilados quieren ser el orgullo de su familia, con capacidad para enfrentar la vida solucionando los problemas y lograr la independencia necesaria para seguir construyendo su propia vida.

Creer que podrán terminar la carrera, tener conciencia de las necesidades de la profesión y la sociedad, superar los aspectos negativos de su personalidad, competir con cualquier profesional de su campo, hacer especializaciones y alcanzar niveles altos de conocimiento.

Les gusta verse como personas realizadas en el plano intelectual, profesional y emotivo, activas y dinámicas, dueñas de sí mismas, compitiendo sobre la base del conocimiento, ayudando a quienes lo ameriten.

La mitad considera que representa lo que es, sin ostentar, la otra mitad estima que representa lo contrario.

### ***Grupo II. "YO" volitivo***

En este grupo se clasifican personas que en la autoevaluación

destacan sus cualidades morales y espirituales.

Describen su complexión física, mencionan que se han propuesto participar en su formación profesional tomando en cuenta lo que les rodea, hacer lo mejor en todo lo que les corresponda actuar, superar los aspectos negativos de su personalidad.

Si todo fuera posible quisieran tener mucho dinero para ayudar a los ancianos, los huérfanos y los pobres, ser profesionistas destacados, médicos y artistas.

A partir de las normas y modelos asimilados quisieran sentirse orgullosos de su esfuerzo, ser solventes económicamente, participar para que la familia se mantenga unida.

Creen que podrían cambiar de profesión, superar los complejos, tener fuerza de voluntad para culminar la carrera, aportar a la familia y a la sociedad.

Les gusta verse activas, cuidando su aspecto físico, distinguidas, sociables, casadas, con hijos, dinámicas, realizadas como profesionales y personas.

No les gusta mostrar sus sentimientos, demuestran emociones negativas y algunas no respondieron nada al respecto.

### ***Grupo III. "YO" débil.***

Un grupo considerable de estudiantes destaca en sí cualidades morales y espirituales.

Describen someramente su "YO" físico. En la vida quisieran

alcanzar reconocimiento, felicidad, tranquilidad, responsabilidad, dinero, una familia propia.

Su "YO" fantástico se circunscribe a ser profesionales de la enfermería, ser más bellas, deportistas, presidentes, escritoras, astrónomas, damas distinguidas.

Su ideal sería dejar la carrera de enfermería y estudiar otra profesión, enfrentar la vida y solucionar problemas, ser educadas y felices.

Creer que podrían cambiar de profesión, ser madres, vengativas, profesionistas responsables, fisicoculturistas y otros.

Les gusta verse cuidando su aspecto físico y material, siendo extrovertidas, comprensivas, seguras, independientes.

Generalmente tratan de no mostrar sus sentimientos.

### *Los profesionales en cursos de especialización*

Profesionales de enfermería en cursos de especialización se autodefinen y caracterizan su "yo" de manera concreta destacando factores que determinan sus relaciones interpersonales en el aspecto comunicativo (sobre la base de sus cualidades ético-morales, volitivas, emotivas, expresivas, intelectuales y laborales), dando poca importancia al aspecto interaccional (solidaridad y amistad) y en ínfima cantidad el aspecto perceptual (sentido del humor).

Manifiestan *intereses* que se concentran alrededor de los niveles concreto-personal, cognitivo y de amplitud social. Recusan la enfermedad, tanto a nivel personal como social;

la violencia física desde el nivel de la riña hasta la guerra; la irresponsabilidad en general y la incompetencia laboral; la disfuncionalidad de la familia; cualquier tipo de fracaso, fallas de tipo ético-moral como la mentira y el engaño, la prepotencia, la envidia, la mezquindad y otras formas de inmoralidad; la injusticia social en forma de desempleo, diferencia de clases sociales y abandono a la niñez; la muerte prematura; el sufrimiento en general; la enajenación por los bienes materiales; el matrimonio y las funciones de ama de casa y el rápido crecimiento de los hijos.

### *Percepción social del ejercicio profesional*

Según su propia opinión *seleccionan* la profesión de enfermería por la necesidad de ayudar a sus semejantes y conocer con mayor profundidad al ser humano; la posibilidad de independizarse económicamente en poco tiempo o ser la única perspectiva para estudiar una profesión.

La *profesional ideal de enfermería* debe estar bien preparada tanto en lo teórico como en lo práctico, con conocimiento del sacrificio que conlleva el trabajo, ser completamente responsable, con excelente disposición para la comunicación, inteligente, entusiasta, honesta, honrada, sincera, bondadosa, alegre, siempre alerta, discreta, segura de sí misma, dinámica, organizada, puntual, sagaz, tenaz, carismática, veraz, perseverante, objetiva, culta, convencida de lo que realiza, abierta para escuchar opiniones diferentes y nuevas, con buena disposición para enfrentar situaciones imprevistas, saludable, con capacidad para resonar ante el mundo.

*Se especializan* por el interés de conocer el sustrato teórico

y científico de los procedimientos que realizan, porque se sienten profundamente atraídas por los misterios de la vida y el contacto con los pacientes, porque les permite superarse laboralmente.

Entre las *habilidades lógicas y específicas* que estiman indispensables para ejercer la profesión destacan la observación, la iniciativa y capacidad de solucionar problemas, las habilidades que se desarrollan en la práctica, el pensamiento profesional y el conocimiento científico.

Las profesionales destacan *cualidades emotivo-motivacionales* para evitar el disestrés, la capacidad de vibrar con "el otro", la autoconfianza, la voluntad y la paciencia, la integridad psico-física y los deseos de luchar por la vida, aunadas a cualidades éticas como el deseo de ser mejor, la honestidad y la responsabilidad.

Cualidades *emotivo-volitivas* tales como responsabilidad, ecuanimidad, seguridad, bondad, alegría, entusiasmo, entereza, dinamismo, precisión, paciencia y perseverancia para animar cualquier aliento de vida, actualización permanente, son fundamentales para brindar al paciente el apoyo que necesita para recuperar la salud.

Cualidades de tipo *cognitivo*, observación, inteligencia, sagacidad, iniciativa y creatividad para dar solución a problemas con rapidez y precisión y habilidades y destrezas estructuradas sobre la base del conocimiento científico y desarrollo del interés para generar y transmitir conocimiento, son indispensables para lograr las metas.

Cualidades de tipo *comunicativo*, capacidad de intercambiar

información y acciones, comprender y ayudar al otro sobre las bases de la solidaridad, la honestidad y la discreción. Ser además puntual, oportuna, veraz y pulcra, constituyen la base para desarrollarse personal y profesionalmente.

\* \* \*

Para la mayoría de las corrientes filosóficas y psicológicas el "YO" es el principio regulador de la vida psíquica y la fuerza espiritual de autocontrol.

El autocontrol exige el autoconocimiento y la autovaloración y éstos, a su vez, presuponen el conocimiento y la relación de la persona hacia la realidad y la permanente sensación de sí mismo en ésta.

En el caso de enfermería este tema está muy poco estudiado, o por lo menos se desconocen trabajos al respecto. De ahí que se haya estimado conveniente partir de la exploración de lo que el alumno considera qué significa para sí mismo.

Los resultados obtenidos demuestran una gran heterogeneidad en los alumnos de la licenciatura en enfermería, con características que quizá pudiesen ser útiles para encontrar una explicación a las actitudes frente a la asimilación del conocimiento.

Dado que se trata de futuros trabajadores para la salud, que tendrán que enfrentar permanentemente el dolor e inclusive la muerte, que serán responsables de actividades específicas en condiciones muy delicadas, sería necesario prestarles apoyo profesional selectivo, fundamentalmente para los grupos extremos.

En el análisis grupal que se suele realizar con estudiantes de distinto nivel acerca de su identidad, señalan barreras por ser la primera vez en su vida que se preguntan a sí mismas tantas cosas en tan corto tiempo; la dificultad que conlleva reflexionar sobre aspectos que, además de ser profundos, en apariencia son sencillos y por lo mismo los toman superficialmente; la tendencia a responder en forma mecánica; la disociación existente entre el hacer, el sentir y el decir y la sujeción en la familia, la escuela y el trabajo, a obedecer y no a pensar, mucho menos a pensar en sí mismas.

Este análisis les permite descubrir, por lo menos de manera parcial, un "YO" importante para su autodefinición como personas, como profesionales de enfermería y como especialistas. Estiman que sería conveniente desarrollar este tipo de trabajo con todo el personal de enfermería, pues ello podría conducir a comprender mejor la importancia de conocerse y quererse a sí mismas para poder conocer y querer a los demás, que esta toma de conciencia permitiría una mejor ubicación y por ende adaptación al trabajo con lo cual se mejoraría el clima micro-psicológico laboral.

Se llega a la reflexión de que, para plantearse metas realizables, valorar su propia actividad y los resultados de la misma, sopesar los aspectos positivos y negativos que el medio ofrece, es indispensable poseer una autoconciencia íntegra y un "Yo" sano.

### *Consideraciones*

Para buscar soluciones a los problemas de la formación del profesional de enfermería es necesario conocer, entre muchas otras, al alumno no precisamente como los maestros o

sus padres le perciben, sino a partir de cómo el alumno se concibe a sí mismo, cómo se describe, qué conoce de sí mismo, es decir, como se autodefine.

Por las particularidades mismas del trabajo con el portador de patología y con la persona sana, el autoconocimiento, la relación crítica del profesional hacia sus aspectos físicos y espirituales, la detección de sus propiedades y posibilidades, la correlación que puede establecer entre éstas y las exigencias de la vida, adquiere especial relevancia.

Pero además, por cuanto en enfermería el concepto *servicio* substituye al de abnegación, es necesario aclararlo. La concepción de servicio incluye la disposición del personal para orientar sus conocimientos y habilidades en función de las necesidades y expectativas del paciente y familiares, otorgando al mismo tiempo información oportuna y apoyo emocional. Pero, si bien ello es irrefutable, desde un enfoque sistémico y una posición realmente humanista, es indispensable pensar que el trabajador para la salud también tiene necesidades y expectativas, requiere de conocimiento adecuado, de una formación que vaya más allá del manejo de los aparatos y del paciente para considerar el problema del manejo de sí mismo.

El conocimiento del mundo interno es entonces fundamental, si realmente se quiere comenzar a recorrer la senda que conduce a la excelencia. Una primera aproximación es el estudio de las representaciones sociales, entre otras, por sus funciones básicas tales como:

- a) la integración de la novedad,
- b) la interpretación de la realidad y
- c) la orientación de las conductas y las relaciones sociales.

## BIBLIOGRAFÍA

Bassin, F. V.: *El problema del inconsciente*. Granica Editor. Buenos Aires. 1970.

Devereux, G.: Lo interior y lo exterior: La naturaleza del stress. En: *Etnopsicoanálisis complementarista*, Amorrortu editores. 1966, 53-65.

Durkheim, E.: *Educación y sociología*. Colofón, S. A. México. 2a. ed. 1989.

Ebbinghaus, H.: "Cambio de las formaciones espirituales. Sobre la memoria." En: *Antología de Psicología general. Psicología de la memoria*. [Jrestomatia po obshei psijologii. Psijologuia pamiat]. Editorial de la Universidad Estatal de Moscú. 1979. 8-24.

Fuerbringer B., M.; Tello G., A. M.; Terreros M., A.: "Hacia el perfil psicológico del trabajador de la salud (Características de la Personalidad)". *Salud Mental*. Vol. IX No. 3 Septiembre. 1986. 22-26.

Guertzberg, N. O.: *Opúsculos sobre el problema de la conciencia en psicopatología*. Moscú, 1961 (en ruso).

Gagné, R. M.: *Las condiciones del aprendizaje*. 4a. ed. Interamericana. México. 1987.

Iákovson, P. M.: *La motivación de la conducta humana*. Pueblos Unidos. Montevideo. 1972.

Izard, C. E.: *Human Emotions*. Plenum Press. New York-London, 1977.

Meili, R.: Distintos aspectos del "Yo". En: *Psicología de la persona-*

lidad. Moscú, 1982, 132-149.

Morgan, C. T.: *Breve Introducción a la Psicología*. Ed. Mc. Graw Hill. Ed. Unica. México.

Revista Mexicana de Educación Médica. Volumen 1. Revista 2. IMSS 1991.

Robles Castillo, J. V.; Fuerbringer Bermeo, M.: *Autodefinición de estudiantes de licenciatura en enfermería*. Trabajo presentado en el 1er. Congreso Nacional Estudiantil Interdisciplinario del Area de la Salud. Facultad de Medicina de la BUAP. Mayo, 1994.

Rogers, Carl R.: *Libertad y creatividad en la educación*. Paidós Educador. México. 1986.

Rousseau, J. J.: *Emilio (1763)*. Editores Mexicanos Unidos. México. 3a. reimpresión. 1993.

Rubinstein, S. L.: *Principios de Psicología General*. Grijalbo. México. 1969.

Spirkin, A. G.: *Conciencia y autoconciencia*. Moscú, 1972.

Wallon, H.: *Psicología y educación*. Pablo del Río, Editor. Madrid. 1981.

## ***II.5. El problema de las didactogenias***

*Entonces, como no estudiaba nada, aprendía mucho.  
Anatole France*

Distintos problemas de la cotidianidad, incluyendo el proceso pedagógico, pueden convertirse en factores psicógenos, es decir, generadores de psicogenias.

En psiquiatría reciben el nombre de psicogenias ciertos fenómenos clínicos que toman su origen en traumas psíquicos. Por extensión, a una serie de problemas que se originan en el acto pedagógico se les llama didactogenias.

Las psicogenias y las didactogenias tienen como factor común el mal manejo de los sistemas de símbolos sea en el nivel verbal, actitudinal, axiológico, estético y/u otro y pertenecen a la categoría patológica de "reacción", que no es sinónimo de enfermedad.

El trauma psíquico es un fenómeno particular que surge ante un estímulo extraordinario que no es mas que información de carácter nocivo para el individuo a quien logra agredir en la medida de sus defensas psicológica y fisiológica.

La estructura de la psiquis no se desintegra con el trauma psíquico, pero algunos elementos de la conciencia tales como la autoconciencia y algunos "sets" funcionalmente se organizan de manera particular.

Este fenómeno está aún poco estudiado pero ello no le resta importancia. Se presentan aquí algunas reflexiones que pudieran esclarecer algunas particularidades de las dificultades para la

adquisición del conocimiento en enfermería.

En general en el proceso de ilustración escolar desde el nivel de kinder hasta el postdoctorado se observan bloqueos de grandes magnitudes para la apropiación y generación de conocimientos. ¿Qué quiere saber el alumno? ¿Por qué? ¿Para qué? ¿Cómo? ¿Dónde? ¿Cuándo?

Los pedagogos franceses de finales del siglo diecinueve observaban en los niños una serie de reacciones adaptativas inadecuadas, producto de conflictos y problemas en el seno familiar y en la escuela. Como consecuencia disminuía el rendimiento escolar de los pequeños. Posteriormente los psico-psiquiatras les dieron diversas denominaciones. Los soviéticos llamaron "reacciones caracterológicas" a esas respuestas psicológicas comprensibles que presentan fundamentalmente los niños ante la acción directa del agente nocivo. Si las condiciones de vida no cambian, es decir, si continúa la situación psicotraumatizante, este reaccionar penetra la estructura de la personalidad en formación y el niño lo adopta como una forma comportamental que se convierte en problemática para sí y para su entorno.

Dos son los factores etiológicos que determinan el surgimiento de un trauma psíquico. El primero tiene que ver con el excesivo volumen de información y la escasez de tiempo para procesarlo, generando una sobrecarga para el sistema nervioso (en la concepción pavloviana) y el segundo con el déficit de información específica acerca de las maneras de dar solución a una situación dada, es decir, con la imposibilidad de alcanzar la meta planteada.

La necesidad de recibir nueva información sobre el entorno es inherente a los sistemas vivos poseedores de un cerebro. El ser

humano, en su esencia social, es producto de su propia historia, de la cultura, de los conocimientos que él mismo ha acumulado y producido.

El individuo asimila, por distintos medios y métodos, el conocimiento que la humanidad ha desarrollado en su larga experiencia. El tipo de información y la manera como la utiliza una persona, dependen, entre otras, de la necesidad de dominar lo que le rodea, de la tendencia a establecer nuevo orden en su entorno social, del desarrollo del interés por comprender las relaciones que se dan entre los distintos fenómenos del mundo a nivel global o parcial.

Pero la manera como el medio propicia ese desarrollo es determinante. La experiencia de la persona se inicia en períodos muy tempranos de su ontogenia. Desde el mismo vientre materno se van sensibilizando y preparando los sistemas funcionales del cerebro que permiten la captación y procesamiento de la información.

Las actitudes de los seres sociales que rodean al niño en todo su proceso de desarrollo estimulan o inhiben la necesidad de conocer, imprimiendo el carácter de agradable o desagradable al acceso de las cosas y fenómenos que trata de asimilar. En el primer caso el mundo atrae, estimula la necesidad de conocerlo. En el segundo repele, amenaza, asusta, penetrar en él podría ser peligroso, por consiguiente se inhibe el interés de profundizar en su esencia.

Es un hecho empírico que en el proceso pedagógico, por diversos motivos, se llegan a utilizar distintas actitudes que lejos de producir el efecto buscado, es decir, de motivar para conocer la realidad, se inhibe el interés cognoscitivo. En la transmisión y

asimilación de la información se produce un verdadero trauma psíquico que bloquea el desarrollo de las necesidades espirituales. Muchos son los elementos que conforman este fenómeno. Entre ellas merecen mencionarse: las vivencias significativas, el contenido mismo de la información y lo que ella simboliza, el disestrés psíquico, el miedo y la defensa de los actores del acto pedagógico.

### *1. Miedo al conocimiento*

La educación propia de nuestra época y medio, desde el punto de vista afectivo, se afianza en las diferentes expresiones del miedo. Desde que el niño comienza a captar el mundo de los adultos, de los que "enseñan" -porque conocen y por consiguiente establecen los múltiples límites y prohibiciones-, lo hace desde un plano inclinado, desequilibrado: él está abajo, los otros arriba, él no tiene ningún poder, los otros sí, ellos lo saben todo, él nada, él quiere desarrollar su autonomía, ellos a fuerza quieren hacerlo a su imagen y semejanza. El mundo está deformado, siempre dice ¡No! y amenaza con castigos que se realizan desde un nivel físico hasta el manejo del remordimiento de conciencia pasando por la posibilidad de caer en el ridículo y perder el status logrado o deseado. Con este instrumento, que se utiliza a lo largo de toda la vida, se pretende movilizar la motivación para una adecuada adaptación y realización, situación que a duras penas puede preparar al individuo para la defensa, fijándole generalmente a dificultades que subjetivamente suelen incrementarse y transformarse hasta convertirse en un problema severo.

Las vivencias de tinte negativo suelen ampliarse a distintas situaciones incluyendo las que se refieren al conocimiento de su propio cuerpo y su función, su personalidad, la comunicación y en general para conocer el mundo. Esos adultos, padres y maes-

tros, tuvieron la misma experiencia, también fueron niños y aprendieron bien la lección. Ahora la "enseñan".

## *2. La toma de decisiones*

Se sabe que todo sistema vivo portador de un cerebro, para adaptarse adecuadamente, debe seleccionar correctamente entre las distintas posibilidades de actividad. En el caso del ser humano esa selección depende de los programas que le dotó la naturaleza y de los que ha elaborado en el proceso de socialización, del flujo de información, particularmente de la recurrente -que es la que dirige la manera de realizar los planes- y del registro en la memoria de los cambios realizados en el sistema. Aprende sobre la base de las señales que han llegado y las decisiones tomadas, y ese conocimiento determina su nivel de adaptación.

El ser humano utiliza lo aprendido para tomar una decisión. En este proceso duda y sopesa el "pro" y el "contra" antes de aceptar o rechazar algo. Las posibilidades son múltiples y se van reduciendo sobre la base del sistema binario "sí" y "no", núcleo de la toma de decisiones. Las variantes excluidas tienen poca probabilidad de realizarse, pero, por cuanto se registran en la memoria siempre pueden darse a conocer.

¿Cómo se toman las decisiones cuando se actúa bajo los efectos del miedo? Obviamente que se adopta por aquellas que se supone van a alejar el peligro, pero ¿son ellas precisamente las que permiten una óptima adaptación? ¿son ellas las que permiten el desarrollo de las potencialidades, de la originalidad, de la creatividad del individuo?

## *3. El disestrés*

Se sabe que el ser humano reacciona con disestrés no sólo ante

la amenaza real si no también ante la perspectiva o el recuerdo del peligro y que las maneras de superarlo son diferentes.

El conocer el mundo, pero sobre todo el mundo interno, se convierte en una situación peligrosa. La educación recibida le ha inhibido para la acción de tal manera que sobrepasa los límites de la realidad. El nexo con el entorno social establecido en el proceso de educación coarta su libertad de acción. Generalmente desconoce la fuente de miedo, pero como además la vivencia de impotencia es parcial no logra desarrollar la intrepidez propia de los casos en los cuales se ve amenazada la ley biológica de la conservación. Se adapta pasivamente y subsiste con poco, con lo que es "bueno" por conocido, descubrir otras realidades es aventurado, pueden ser "malas".

#### *4. El sistema de vivencias significativas*

La cultura da sentido a los fenómenos sociales y les otorga valores que el individuo asimila y responde frente a ellos como ante la necesidad de agua o alimento. También los transforma. El aspecto semántico de los distintos hechos del mundo es el que determina en gran parte el efecto patogénico de los hechos objetivos y subjetivos.

Los factores de significación, máxime cuando éstos están relacionados con alguna problemática personal, determinan la posición del individuo frente a la realidad.

Dada la individualidad y su relación con el tiempo y el espacio, un mismo hecho objetivo tiene diferente significado para las diversas personas e inclusive para una misma persona en distintos momentos. Sobre la base de la experiencia la persona va construyendo todo un sistema de significados personales en lo que

toca a su propia vida. A ello se le denomina el sistema de vivencias significativas, fenómeno que tiene su relación con la motivación pero no se identifica con ella.

¿Qué significa para una joven estudiar enfermería? ¿qué significa la salud? ¿la enfermedad? ¿el ser humano? ¿la vida? ¿la muerte? ¿la armonía? ¿la libertad? ¿la felicidad? ¿el conocimiento? ¿el médico? ¿el ser mujer? ¿el superarse? ¿ella misma? en fin.

### ***5. La indeterminación***

La indeterminación -comprendida como la inseguridad del individuo en el encuentro con lo nuevo, lo complejo, lo inesperado, lo que exige tomar soluciones rápidas orientadas a superar esa situación- es un factor de desestrés y disconfort espiritual mientras no se aclare la situación y se vislumbren vías de solución.

Los contenidos de la conciencia individual, entre ellos los "sets" psicológicos y los sistemas de vivencias significativas determinan la susceptibilidad o tolerancia a las alteraciones del orden en el habitat, en el régimen diario, en el medio circundante, en el campo ideológico, ético-estético, en la cosmovisión. Por ello precisamente es que un mismo factor puede ser patógeno para unas personas y no serlo para otras.

Llevado al campo de la educación, en el manejo que se hace del proceso pedagógico generalmente se parte del conocimiento y la significación que determinada información tiene para el maestro o la institución desconociendo prácticamente sobre qué bases y de qué manera el alumno accede al saber.

### ***6. Los "sets"***

En la relación que el ser humano establece con los componentes

de la realidad objetiva tales como cosas, situaciones, curso, meta y resultado de los hechos; en el reflejo de la experiencia real relacionado con las necesidades actuales del sujeto -que no depende de la regulación racional y por ello tiene características de involuntario- surge el "set". De acuerdo con Uznadze, de la escuela georgiana, el "set" es una estructura psicológica completa y particular, que siendo imagen fija del significado de los componentes objetivos de la realidad está determinada por las representaciones subjetivas acerca del significado de los objetos capaces de satisfacer las necesidades.

Los "sets" se pueden clasificar en cognitivos, dinámicos, emotivos, situacionales, relacionados con la meta y sociales. El nivel más importante de la regulación del comportamiento, de la personalidad, lo conforma el "set social" que a su vez está constituido por las relaciones que establece la personalidad.

El "set social" se genera en la relación del motivo con la meta y se hace evidente en la relación hacia los participantes que ejecutan una acción conjunta.

En su forma intrapsíquica el "set social" emerge como el sentido personal que se genera en la relación motivo-meta. Este sentido personal, a su vez, tiene tres componentes: el cognitivo, el emotivo y el comportamental, siendo este último una forma estable que probablemente se descubre al actualizar algo que tiene un significado determinado para la persona.

El factor "set" es de gran importancia en el proceso de aprendizaje como en el de salud-enfermedad. De la manera como sobre él se incida dependerá, en gran parte, el resultado de la acción de los docentes y trabajadores de la salud tanto a nivel individual como grupal o comunitario.

## *7. El inconsciente*

En el inconsciente -tomado no en la concepción freudiana sino como una estructura psicológica funcional, determinante para cualquier actividad psíquica, fundamentalmente los procesos emotivo-afectivo-motivacionales e intelectuales-, se guarda, asocia y recombina información con distinto grado de interpretación. ¿Cómo se asocia, interpreta y guarda el conocimiento adquirido en la educación formal y no formal? ¿Cómo se utiliza? Al parecer nadie lo sabe. Y ¡cuánta información recopilamos a lo largo de nuestra vida! ¡Cuántos hechos, desapercibidos o sin importancia para otros, trascendentes para unos, tuvieron lugar en nuestra infancia, en la adolescencia, en el kinder, en la escuela, en el colegio, en la misma universidad!

## *8. La defensa*

La defensa (psicológica y fisiológica en unidad), actúa en el individuo permanentemente, pero en determinadas circunstancias, ante el impacto de un estímulo extraordinario, la psiquis refuerza uno u otro o varios mecanismos para tratar de impedir que esa información le cause daño.

El trauma desorganiza tanto cuanto se lo permita la defensa. Y aún después de que éste haya introducido "desorden" la psiquis busca la manera de corregirlo. Se supone que los mecanismos utilizados son muchos más de los que describe el psicoanálisis.

Las manifestaciones de la particular reorganización de los "sets" psicológicos (imágenes de los significados de los objetos y fenómenos) en la psiquis pueden ser inmediatas o tardías, es decir, tanto el trauma psíquico como la defensa pueden expresarse en distintos tiempos. Muchos traumas que se producen en el proce-

so educativo pueden aparecer fuera de situaciones pedagógicas, cuando cierta información también traumatizante descubre aquello que de una u otra manera parecía haberse compensado.

Pero, afortunadamente, con frecuencia la desorganización de los "sets" psicológicos o la lesión de un sistema de vivencias significativas provoca la entrada en acción de otro sistema de "sets" o de vivencias significativas que han permanecido intactos y que poseen un potencial de significación no menor para la persona y con carga emocional no inferior al trauma desorganizador. Es una de las formas de defensa psíquica.

¿Qué sabemos de las didactogenias los maestros? Las actitudes de los alumnos siempre las interpretamos sobre la base de nuestra limitada concepción del mundo en general y de los procesos psíquicos en particular.

Un trauma en el proceso de asimilación de conocimiento no solucionado suele propiciar la utilización de mecanismos adaptativos poco útiles para enfrentar el mundo. ¿Qué, por qué, para qué, cómo, dónde y cuándo ayudamos los maestros? El problema espera solución.

# **LA APROXIMACION**

## **III. PUNTO DE PARTIDA**

### **III.1. La visión del mundo**

Las dificultades que enfrenta actualmente la carrera de enfermería obligan a abordar la problemática de su conocimiento desde una óptica científica partiendo del análisis de fenómenos particulares que en su integración posteriormente esbocen las bases teórico-metodológicas para su estructuración como disciplina científica.

Conocer la jerarquía organizada de los diferentes medios y modos de existencia, es decir, el mundo tanto objetivo como subjetivo, es una necesidad cognitiva por excelencia. El sujeto del conocimiento, la persona que conoce, descubre determinados elementos de la realidad, abstrae de ellos sus características esenciales y generaliza en forma de conceptos y categorías.

El conocimiento del conjunto de cosas y fenómenos correlacionados con las personas, es decir, el conocimiento del mundo, es el punto de partida para su transformación. Pero el conocer no se reduce a lo externo y a lo interno del objeto, sino también a la comprensión de las propiedades y cualidades personales del sujeto cognoscente transformado en objeto de su propia actividad. La enfermera, entonces, no solo debe comprender al mundo sino también conocerse a sí misma como mujer y como trabajadora del campo de la salud y la enfermedad.

Saber es tener conocimiento del mundo y de sí mismo, conocer

es tener acceso a algo que inicialmente estaba lejos del horizonte de comprensión del sujeto y pensar es reelaborar mentalmente las abstracciones sobre lo esencial de los fenómenos y las cosas y generalizarlas.

El ser humano llega al saber, tanto por la vía del conocer como del pensar. Gracias a ese saber, vive y actúa socialmente no sólo en lo que concierne a la relación con el mundo sino también en lo que se refiere al proceso del conocimiento en general y del conocimiento de sí mismo en particular.

El saber, el conocer y el pensar le permiten al ser humano concebir los distintos fenómenos tanto objetivos como subjetivos, los que están al alcance de la percepción como los eminentemente abstractos que rigen el cosmos, la cultura y la esencia del ser humano.

De la concepción del mundo y de la concepción de sí mismo se conforma una actitud hacia la vida y ésta rige la conducta que el sujeto adopta en un momento y espacio determinados y el grado de dependencia o libertad para ser él mismo en esa situación.

Dada la intención de este trabajo, entre los múltiples contenidos del mundo se destaca el campo salud-enfermedad como fenómeno que propicia o coarta esa libertad.

### ***El conocimiento del mundo***

La definición de mundo dada por Rubinstein (1983) como el conjunto de cosas y fenómenos correlacionados con las personas y su planteamiento de que la conciencia sólo existe como proceso y resultado de la concepción del mundo por el ser humano, constituyen elementos importantes para las siguientes reflexiones.

En la relación que se da entre el ser humano y el mundo se genera la percepción, captación inmediata de lo que viene dado, primer acercamiento al conocimiento que en su desarrollo conduce a los aspectos más abstractos y sistematizados de la realidad, incluyendo las interacciones internas. Este proceso se inicia por la descomposición de lo válido, lo cierto, lo real, lo verdadero y lo que no lo es, entre aquello que los seres humanos y las cosas aparentan y lo que son en realidad. Pero ese proceso, según la psicología, no se da exclusivamente en el campo cognitivo sino que involucra el afectivo. Cuando el ser humano capta información, máxime si la fuente de ésta es otro ser humano, combina dos elementos: el cognitivo y el afectivo. En el así denominado por Konorski (1970) cerebro cognitivo, se capta la información que podríamos llamar racional y en el cerebro emotivo se confronta con la carga afectiva que produce. En este campo, el cerebro emotivo discriminando lo que agrada y desagrada permite complementar el criterio de verdad. Al hablar de comunicación tenemos una situación más compleja aún, pues el agrado o desagrado impregna tanto al emisor como al receptor. Entonces, el acceso al conocimiento no es un proceso frío sino impregnado de fenómenos vivenciales.

La percepción informa sobre las partes del mundo y permite formarse determinados cuadros de él. El pensamiento permite penetrar en esas partes para comprender los nexos internos de las mismas y sus interacciones en el espacio-tiempo. Es el conocimiento del mundo. Pero ese pensar no es frío sino lleno de vivencias, emociones y sentimientos de distinta tonalidad que imprimen ciertas particularidades a la visión que de él se tiene. Todos estos procesos conducen a conformar un contexto total, la cosmovisión, con la cual es posible interactuar al interior y exterior bajo premisas complejas.

La interacción, la comunicación que se da entre el objeto y el sujeto del conocimiento, entre un elemento del mundo y el ser humano cognoscente es a lo que se denomina conocimiento.

En los diferentes grados de conocimiento del mundo se expresan los inagotables contenidos de éste y el significado que ellos tienen para el sujeto. El conocimiento sensorial informa sobre lo directamente dado, sobre la existencia presente, mientras que el abstracto descubre los nexos internos de las cosas y fenómenos y se manifiesta en la multiplicidad de significados racionales y afectivos que se expresan en el lenguaje como conceptos y categorías, palabras que generalizan las cualidades de los objetos y fenómenos del mundo.

La reflexión es el procedimiento fundamental de existencia del ser humano que le permite salir de los límites de las relaciones directas que se generan en la cotidianidad conformada por cosas y fenómenos perceptibles y le lleva a comprender la vida como un sistema. A este nivel puede ocupar mentalmente una posición fuera de ella para reflejarse sobre ella, actitud que le plantea el problema de su responsabilidad por lo cometido y lo omitido y le conduce a favorecer cambios que permitan construir una nueva vida sobre una base actualizada y consciente.

### *El sujeto cognoscente*

La correcta comprensión de la correlación entre lo que existe y su significado en un momento y espacio dados sería el núcleo del conocimiento de ese sistema de relaciones e interacciones en el cual el ser humano es sujeto que introduce cambios y es objeto de diversas influencias que le hacen cambiar.

El sujeto cognoscente es un ser social que concibe la cultura

conocida como producto del pensamiento en el desarrollo socio-histórico y la expresa en un lenguaje con el cual comunica la vida social de los seres humanos.

El ser humano descubre y concibe el mundo como una realidad objetiva a la vez que es sujeto conocedor y realizador de su autoconciencia. El análisis del conocimiento del mundo le permite conocer mejor la vida y las distintas relaciones e interacciones entre los diferentes fenómenos. El orientarse en el mundo en el cual está inmerso el sujeto cognoscente, pero también el penetrar en su propio mundo, es una de sus necesidades espirituales más importantes. Analizar el conocimiento tanto de la realidad objetiva como subjetiva le permite una mayor aproximación a la problemática del ser humano en su actividad.

Particularizando el conocimiento de la realidad, entre los múltiples problemas no resueltos se destaca una necesidad cognitiva que cada día plantea nuevos retos: abordar el problema de la salud desde una perspectiva valeológica-filosófica y estudiar el fenómeno salud-enfermedad desde un enfoque ético-estético y simbólico. Tenemos que aceptar que si bien se tiene una serie de datos en lo que respecta a la patología, poco se ha teorizado acerca de lo que es la salud y la relación y compenetración que se da entre los dos elementos de esta unidad dialéctica.

### *El conocimiento de sí mismo*

Para poder transformar algo es necesario conocerlo y tener un modelo, así sea teórico, o una meta hacia la cual se tiende.

Las condiciones de existencia de esta confluencia de milenios obligan a la enfermera a re-crearse o quizá a crearse a sí misma dentro de una perspectiva propia que le permita, conjuntamente

con los trabajadores de la medicina, incidir sobre el proceso salud-enfermedad.

El crearse a sí mismo en forma consciente exige conocimiento de sí mismo, del mundo y un proyecto de vida para el cual se crea o re-crea.

El ser humano es sujeto de conocimiento y de acción. Su posibilidad de cambiar las condiciones de existencia y de cambiarse a sí mismo una vez que conoce el mundo y se conoce a sí mismo, es una de sus características esenciales.

En la relación con otros seres humanos y consigo mismo, se genera la necesidad de conocerse. Particularizando, podríamos decir que ese conocerse tendría, entre muchas otras facetas, el conocerse como persona sana o enferma.

En el proceso de la actividad y del conocimiento, es decir, en el proceso de la vida, existe un elemento fundamental que se denomina "yo", que no es un sujeto psíquico sino el ser humano poseedor de conciencia, la persona consciente que concibe al mundo, a otras personas y a sí mismo, el sujeto de la actividad teórica y práctica.

En el desarrollo ontogénico el ser humano concibe primero a las demás personas y después a sí mismo, existe para sí en cuanto existe para los demás. El niño pequeño antes que manejar el "yo" como actor consciente se identifica sobre la base de la manera como lo llaman los demás, es decir, de la existencia del "otro yo". La reacción ante las demás personas, ante las caricias, las sonrisas, la aceptación o los malos tratos y el rechazo es el inicio del establecimiento de la autoconciencia. Poco a poco se van consolidando distintas actitudes hacia sí mismo sobre la base

de las actitudes de los otros hacia él, pero también de las propias actitudes hacia los otros.

La enfermera, siendo mujer -y como la inmensa mayoría de mujeres- tiene no sólo una comprensión parcializada del mundo sino también un conocimiento fragmentado de sí misma. En general la mujer existe para sí en cuanto existe para el hombre y los hijos, identificándose sobre la base de la representación social que de ella tienen los otros. Ella debe inmolarsse en aras de esa imagen que el entorno maneja. Su ideal es la abnegación, la entrega absoluta, el olvido de sí misma, el darlo todo sin exigir nada. No necesita de conocimiento científico, aun cuando en ocasiones se le puede permitir el acceso al conocimiento precientífico. Siendo tan intuitiva ella puede arreglárselas con el conocimiento no científico, al fin de cuentas ella está para desempeñar tareas prácticas que se realizan sobre la base de hábitos y tradiciones que son controlados y valorados por el hombre. Por su parte la enfermera existe sólo en cuanto existe el médico de quien recibe las instrucciones para realizar aquellas tareas que a él le incomodan o no corresponden a su condición de hombre, de conocedor del mundo, de portador del conocimiento científico. Ella no es un personaje actuante, no es un "yo", no es sujeto de actividad consciente sino que actúa de manera secundaria, como instrumento de un sujeto cognoscente y consciente. En estas condiciones ella escasamente es poseedora de sí misma, por consiguiente la relación consigo misma es muy limitada.

Las ciencias del ser humano plantean que la concepción de uno mismo como sujeto consciente, como individuo real, el concebirse a sí mismo como ser que concibe al mundo y lo transforma, como sujeto en el proceso de su actividad práctica y teórica, de la actividad de concebir, es determinante en la realización del individuo.

La mujer, para desarrollar sus potencialidades, para constituirse en personaje que actúa conscientemente siendo sujeto de la vida en general y del conocimiento en particular, debe asumirse como sujeto que concibe al mundo y a sí misma como ser consciente. Su actitud hacia los otros presupone la actitud de éstos hacia ella y esta actitud solo puede cambiar en la medida en que cambie su actitud hacia el conocimiento, por ende hacia sí misma. Por eso se ve en la obligación de romper la barrera de la marginación y emprender la tarea de conocer y pensar para saber y así armonizar con las exigencias mismas de la humanidad en el presente a la vez que se prepara para el futuro.

### *La mujer como sujeto cognoscente*

La reflexión filosófica siempre toma al ser humano y a distintos fenómenos como universalidades, pero casi toda ella, al igual que la reflexión humanística, se debe al pensamiento masculino del cual, por las aportaciones científicas de los últimos años -que también son hechas fundamentalmente por hombres- sabemos que difiere del femenino.

En el contexto que nos interesa y estrechando el campo de análisis se podría preguntar ¿cuál es el cuadro que del mundo tiene la mujer en general?

La sociedad patriarcal ha educado a la mujer para que reproduzca y refuerce un sistema de acciones e interacciones que corresponden a los intereses del modelo masculino. Y ella lo ha aceptado y asumido plenamente.

No se trata aquí de buscar culpables ni mucho menos de responsabilizar a los hombres como sexo masculino de la condición de opresión de la mujer. No se maneja una posición

maniqueísta, no se pretende descubrir cuál es el bueno y cuál el malo, cuál es la víctima y cuál el victimario. Diversos han sido los momentos sociales que han generado situaciones particulares en las cuales se ha estructurado la de influencia de la condición masculina sobre la femenina y viceversa.

La realidad es que nuestra sociedad ha menospreciado y en muchos casos hasta negado la individualidad y complementariedad femenina planteándola más bien como algo incompleto o un antagonismo inhibitorio. Durante siglos a la mujer se le ha bloqueado o limitado el acceso al conocimiento. Se le ha marginado del conocimiento científico, se le ha distorsionado la imagen del mundo y de sí misma. El manejo de lo correcto, de lo verdadero, de lo universal, de lo científico, de lo que agrada y desagrada que sobre ese esquema se ha realizado le imprime un sesgo particular a la comprensión de la correlación entre lo que existe y el significado que debiera tener para ella de acuerdo a su potencialidad funcional y adaptativa. La amplitud de su comunicación está reducida, la libertad para la reflexión coartada. En consecuencia, el conocimiento que tiene del mundo que capta no corresponde a los programas que la naturaleza le dotó sino a los que la sociedad le condicionó.

La comprensión de la jerarquía organizada de diferentes medios de existencia, es decir, la concepción del mundo, como hemos visto, está carente del elemento femenino visto al través del prisma de la mujer como sujeto cognoscente en su comunicación con el hombre.

Como resultado la autoconciencia femenina es deficiente y la lucha por su realización adquiere dimensiones titánicas.

### *La enfermera como mujer cognoscente*

El proceso educativo, que en general es un proceso inhibitorio de

las potencialidades humanas, en el caso de la enfermera, por su condición de mujer y de representante de una actividad concebida como de simple apoyo es, sin lugar a dudas, doblemente represor. Entrar en detalles al respecto sería redundante, el fenómeno es ampliamente conocido.

Enfermería, tomada en el sentido más elevado, por lo menos en lo que teóricamente se plantea -o con lo que tratamos de engañarnos- es una disciplina médica. Pero la medicina, desde que se estructura como ciencia de la enfermedad, con contadas excepciones y sobre todo sólo durante el presente siglo, tanto en su expresión práctica como en la científica es de dominio masculino. Enfermería es una actividad eminentemente femenina que debe cumplir su papel correspondiente. En todo acto médico en el cual se requiere la participación de una enfermera, ésta debe desempeñar con lujo de maestría su papel de eterna aprendiz que jamás podrá superar las fronteras impuestas de mujer sometida e ignorante. Para ella está vedado el salirse mentalmente de sí misma para contemplarse desde fuera y crearse a sí misma y así, desde una nueva óptica ver el mundo para transformarlo.

Dentro de esa limitada concepción del mundo la comprensión de la enfermedad prácticamente se reduce al nivel sensorial; el nivel abstracto, el de la generalización y sistematización está dado para el médico. Pero si no conoce la enfermedad mucho menos conoce la salud.

### *El contexto del saber de la enfermera*

La actividad con gente sana, con la comunidad, con la familia del paciente y la participación decisiva con el enfermo se conforma sobre regularidades que permiten refinar el cuadro de la salud, de la enfermedad, su cuadro del mundo. La comprensión de

las mismas le especializan en el conocimiento del mundo en general y del fenómeno salud-enfermedad, en particular.

La enfermera necesita conocer para liberarse y realizarse. Necesita conocerse a sí misma como ser que concibe al mundo con el fenómeno salud-enfermedad y lo transforma, como personaje en el proceso de su actividad teórica y práctica, concebirse como sujeto de la actividad de crear los distintos fenómenos que inciden en la libertad de las personas para ser ellas mismas. Su actividad cognoscitiva debe estar vinculada a su vida de mujer cognoscente y a su actividad práctica de mantener, potenciar y recuperar la salud.

La motivación innata para conocer el mundo y los distintos estímulos propician el reflejo anticipatorio de la realidad constituyendo todos ellos la génesis del conocimiento del mundo. Estos estímulos son múltiples y abarcan desde los que estando en el contexto explícito actúan directamente con una fuerza más o menos perceptible desde fuera de la psiquis, hasta los internalizados, los que aparentemente están en reposo como son las imágenes de los significados de los objetos y fenómenos, es decir, los "sets". Estos "sets" conforman parte del contexto implícito, aquel que se refiere a lo que se sabe que está presente, que se maneja aunque no se manifieste. El contexto total de la actividad cognoscitiva se conforma del implícito y el explícito.

Ese contexto total del conocimiento enfermeril ha tenido, hasta ahora, la particularidad de estar conformado por un contexto implícito no reconocido y un contexto explícito minusvalorado.

Su visión del mundo debe ser un sistema de conocimientos que va acumulando la secuencia de captaciones o cuadros inmediatos que se dan en un contexto implícito. El paso de un estado de

conocimiento del mundo a otro estado se hace mediante la reelaboración de ese conocimiento con las diferentes operaciones del pensamiento.

Una vida intelectual activa que le permita acceder al saber tanto por la vía del conocer como del pensar, descubriendo permanentemente los secretos de la realidad objetiva y subjetiva, estimulando el cambio de lo viejo por lo nuevo, substituyendo lo obsoleto por lo ágil y adecuado al momento, valorando la grandeza del ser humano en su constante descubrir, transformar y crear, sería la estrategia y la táctica que le permitan el logro de sus metas.

El conocimiento y la actividad de enfermería no se reducen a cuadros estrechos del mundo y a los hechos aparentes, sino que trascienden hasta el significado mismo de la armonía-disarmonía, libertad-coerción, vida-muerte.

A las convicciones tanto científicas como morales en enfermería se llega por la conjunción de lo racional o cognitivo que busca lo cierto, lo verdadero y de lo afectivo-motivacional que busca y acepta lo que le es grato. El núcleo del saber en enfermería sería entonces, un conocimiento de convicciones que se eleva al grado de heurísticas para la vida.

La enfermera, asimilando los resultados del proceso de conocimiento precedente y haciéndolo avanzar, confirma su utilidad en la ampliación de los límites de la libertad y la armonía del ser humano en su relación consigo mismo, con el mundo y con el cosmos.

### *III.2. La necesidad de conocer la esencia humana*

La necesidad es en general un estado que surge en el individuo (ya sea a nivel de organismo o de personalidad), o en un grupo social, a consecuencia de una carencia. Esta carencia se hace evidente por mecanismos que dependen del dinamismo propio de los distintos parámetros que subyacen a la adecuada adaptación del organismo o del grupo como también por estimulación proveniente del entorno.

Algunos autores entre las necesidades o motivaciones secundarias diferencian las sociales y las espirituales o específicamente humanas. Se forman en el proceso de educación social a partir de la curiosidad y en estrecha relación con los valores, los ideales morales, religiosos, políticos, estéticos y otros y exigen su satisfacción con la misma urgencia que lo hacen las biológicas.

Entre las necesidades espirituales se destacan la tendencia al conocimiento, al dominio de una profesión, a la comprensión del arte, la literatura, en fin. Esta necesidad de conocer es resultado de la experiencia vital, la educación y el aprendizaje de cada individuo. Dentro de ella existe toda una jerarquía de niveles que determinan las acciones propositivas del individuo. El condicionamiento social del tiempo y el espacio supedita la forma de satisfacerlas.

En el mundo científico todavía no se han unificado criterios para establecer límites entre necesidad y motivación. Algunos utilizan el primer término para designar fenómenos de esencia fisiológica, otros lo amplían hasta el nivel espiritual. Para otros, motivación es la toma de conciencia, que ha surgido una necesidad, es decir, se trata de un fenómeno eminentemente psicológico. Los terceros no establecen diferencias entre necesidad y

motivación. Y así sucesivamente.

Tanto las necesidades como las motivaciones se han dividido en biológicas (básicas, inferiores, elementales, primarias), en fin y sociales (complejas, secundarias, superiores) por estar vinculadas las primeras con la ley biológica fundamental de conservación tanto del individuo como de la especie y las segundas por ser producto de las distintas interacciones que se dan en la cultura.

Otros las clasifican en necesidades y motivaciones individuales (orientadas a mantener la homeocinesis del individuo), grupales (preocupación por la descendencia, búsqueda de un lugar en la jerarquía de grupo, conservación de la estructura de su grupo o comunidad) y cognoscitivas (actividad lúdica, comportamiento investigativo).

Sobre la necesidad de impresiones y la curiosidad se estructura la necesidad de acceder a algo que inicialmente estaba lejos del horizonte de comprensión del sujeto, es decir, la necesidad de conocer.

Este acceder, en lo más profundo, corresponde a la naturaleza humana, pero también a las particularidades de la edad, las exigencias sociales, las inclinaciones específicas, los puntos de vista y gustos particulares, en fin, es decir, depende de la historia personal, de la vida y actividad del individuo, de la riqueza o pobreza de la experiencia personal, del nivel de educación e ilustración, de la actitud hacia el mundo y de la significación que la actividad cognoscitiva tiene para el medio social en el cual está inmerso el sujeto.

\* \* \*

Sobre la base de las particularidades biológicas del individuo y

bajo el influjo de la educación familiar, escolar y social, se estructura la posición de la personalidad frente a sí misma, al deber, a la sociedad y al mundo. Esa posición es activa. La satisfacción de una determinada necesidad de conocimiento genera una necesidad de mayor conocimiento.

Los sistemas vivos, siendo abiertos, para mantenerse como tales, intercambian información con su entorno. La adaptación de los seres vivientes dotados de corteza cerebral y fundamentalmente el ser humano, se estructura, entre otras, sobre la necesidad de información. Esta se manifiesta como necesidad de recibir impresiones y consiste en un nivel psíquico elemental cercano a la reacción orientadora-investigadora descrita por Konorski (1970) o reflejo del *¿qué es esto?* de la teoría pavloviana pero, a diferencia de ellos, se encuentra en un nivel más elevado que el reflejo fisiológico. La necesidad de impresiones se estructura sobre fenómenos perceptivos, es decir, psico-fisiológicos. Estos fenómenos a su vez son producto y propician una actividad selectiva hacia el entorno generando la curiosidad. La curiosidad se produce por la necesidad de impresiones del sujeto y el atractivo que encierra el objeto o fenómeno. Este atractivo depende tanto de sus propias características como de las del sujeto al cual embelesa por corresponder a sus predisposiciones psicológicas. Por eso es que un mismo objeto no puede despertar vivencias idénticas en diferentes personas.

Todo el ciclo de la necesidad, desde que surge hasta que se soluciona, está impregnado de emociones. En el momento en que ella surge y más aún, cuando se toma conciencia de ella, se desarrollan emociones negativas propias de la carencia de aquello que le permite al sujeto el equilibrio dinámico, es decir, la adaptación. Ya al vislumbrar el sujeto la posibilidad de obtener el objeto capaz de llenar esa carencia y buscar conseguirlo convir-

tiéndolo en objetivo, aparecen emociones positivas que se hacen evidentes en lo que se denomina satisfacción.

Los objetos y fenómenos del entorno con su significado vital, social y espiritual y su atractivo emocional plantean al sujeto la urgencia de conocerlos para que pueda interactuar con ellos. Aunados a la fascinación que ellos encierran están otros fenómenos tales como la conciencia de los motivos de acción, la fuerza de los mismos, la autovaloración, el sentido de la propia vida, la ubicación del sujeto en la sociedad como elemento activo y responsable. Cada uno de estos elementos y la correlación de los mismos en un sistema está impregnado de vivencias de distinto tono emocional. El poder explicarlos no sólo produce una auténtica satisfacción intelectual sino que sienta bases para que la creatividad genere una nueva forma de orientación hacia el mundo con el cual se recambia información y al cual se pretende transformar en aras de la felicidad del ser humano.

Los hechos del entorno tienen una determinada importancia para el ser humano quien los valora como debidos o indebidos, positivos o negativos, buenos o malos. La asimilación de los valores se va realizando desde la temprana infancia. Interpretados como dos principios contradictorios de difícil conciliación conducen al individuo a adoptar posiciones frente a los distintos fenómenos de acuerdo a la educación y a la experiencia vital. Buscando conciliar las contradicciones que se generan entre lo bueno y lo malo, el ser humano, en el más amplio sentido de la palabra, los pone en juego, adoptando actitudes humorísticas, irónicas o fatalistas ante los distintos aspectos de la vida. Esto determina la interpretación que hace de las actitudes de otras personas y su posición hacia ellas.

Sobre la base de la posición del individuo hacia su propia vida,

sobre la captación de la misma como comedia, drama o tragedia, interpreta a los otros. El absolutizar cualquiera de las posibilidades de la trilogía mágica conduce a sesgar la concepción del mundo, por ende a reducir la magnitud de la dimensión humana. Es necesario conocerle mejor para poder salir del esquema reducido y ofrecer otras alternativas más originales que le permitan desarrollar sus potencialidades de manera creativa.

En situaciones extraordinarias efectivamente puede predominar una de ellas, pero en la cotidianidad se correlacionan de manera equilibrada.

La actitud hacia la vida conlleva la actitud hacia su par dialéctico, la muerte. El drama de las dos propicia una actitud de ironía hacia la realidad que al absolutizarse puede conducir a la negación de los ideales. Por extensión, la comedia los ridiculiza, se burla de ellos y la tragedia los sujeta a la inevitable fuerza del destino, a llegar al bien al través del mal, del sufrimiento, de la fatalidad.

El drama, la comedia y la tragedia son aspectos reales del mundo pero es preciso comprenderlos allí donde se dan y en la dimensión en la cual se presentan.

La actitud predominante en nuestra cultura hacia el sexo y la muerte es de tragedia, aun cuando se vista con ropajes de comedia. Ello explica, parcialmente, los tabúes existentes y el humor mordaz y hasta grotesco con el cual se enfrenta la seriedad de los dos. Eros y Thanatos, principio y fin, vida y muerte. Y la actividad laboral entre ellos. Este aspecto cobra un significado especial en los trabajadores de la salud y los de la enfermedad, por estar ellos, quizá más que cualquier otro profesional, involucrados en el juego.

La mujer, más aún si es enfermera, suele identificarse con la fatalidad. El hombre y la mujer fatalista ironizan la realidad de la mujer. Un auténtico montaje teatral sobre la seriedad de la complementariedad y trascendencia de los dos.

Por su parte, el trabajador de la enfermedad tiende a abordar desde un enfoque médico las actitudes particularizadas. Empero, si bien es cierto que la patología existe y en su seno se pueden desarrollar actitudes extremas, el dramatismo, la ironía y el humorismo generalizados no forzosamente son expresión de enfermedad. Algunas personas adoptan estas actitudes como mecanismos científicos y para muchas es una manera de ser conformada en el proceso de socialización y reforzada por situaciones especiales.

La vida particular de una persona incluye distintos tipos de actitudes. Entre ellas se destacan la actitud ética, la estética y la cognoscitiva hacia la existencia en general y hacia otra persona en particular. Ellas le incluyen en la lucha por transformar el medio en aras del progreso y la realización del ser humano.

#### **IV. EN POS DEL ETHOS CIENTIFICO DE ENFERMERIA**

*Todo eso explicará al lector por qué el quinto informe acerca de la Cosa Rara aparece con un título distinto y bajo otro nombre de autor. Esperemos que este expediente salve a Pentós de la ira de los celosos seguidores de credos sencillos.*

*M. Bunge*

##### **IV.1. Esbozo**

Es difícil precisar el nacimiento real de la enfermería. Quizá no fuese arriesgado suponer que se inició con el sinántropo o el hombre de Neanderthal, cuando el instinto de autoayuda y ayuda tomaba características sociales. El extraer los parásitos y las espinas, el recolectar y utilizar las plantas y frutos curativos, junto al cuidado de la caverna para que en ella no existiesen elementos que impidieran el descanso o que pudiesen causar daño a los miembros de la horda eran ya, por su esencia, actividades sanitarias y curativas. Las desarrollaba la mujer y poseían todo un contenido técnico, es decir, correspondiendo al nivel de conocimientos propios de esa época, ella sabía qué, por qué, para qué y cómo debían realizarse.

Simultáneamente se desarrollaba la actividad médico-chamánica que realizaba el más respetable del grupo con sus compañeros que en el proceso de la caza habían sido heridos por la fiera, o sencillamente al encontrarse a solas con ella se habían paralizado o desmayado por el terror.

La ulterior división social del trabajo y con ella de la educación, margina a la mujer del conocimiento sistematizado y luego científico. El desconocimiento del mundo psicológico, del valor de

los aspectos estéticos y simbólicos en el ser humano, resta importancia al significado de una serie de actividades manuales tomándolas como actos mecánicos de segunda categoría, valorándolas superficialmente sobre la base de la percepción. Continúa la diferenciación de las actividades sanitario-curativas y aquellas que se consideran expresión de conocimiento superior se dejan para el hombre y las manuales para la mujer. La primera variante será la medicina, la segunda la obstetricia y posteriormente la enfermería.

La actividad sanitario-curativa desempeñada por la mujer desde la profundidad de los tiempos se reconoce como enfermería solo a mediados del siglo XIX con la acción de Florence Nightingale y sus 100 mujeres en la Guerra de Crimea.

La estratificación y subestratificación de la sociedad entre quienes poseen los medios de producción y quienes carecen de ellos, entre quienes actúan directamente en el proceso de producción de bienes materiales y quienes no lo hacen y la fragmentación del trabajo de la forma capitalista de producción ha reducido la concepción de la técnica.

Las condiciones de existencia al filo del tercer milenio siguen necesitando de actividades sanitario-curativas, pero cobran urgencia las higiénico-preventivas y se perfilan las *valeológicas*, el arte y la ciencia de estar sano.

Enfermería es una profesión que empieza a tomar conciencia de la magnitud de su responsabilidad en el ámbito de la salud y de la enfermedad, de su función higiénico-salutífera, de la necesidad de comprender la faceta del ser humano que le corresponde dentro de un contexto global, de re-estructurarse como actividad práctica y como disciplina científica dentro del campo de la salud.

Este ensayo es una primera aproximación a la hipótesis que ha de considerarse para desempeñar la labor enfermeril dentro de un trabajo disciplinario que, siguiendo la propuesta de Brejman, podría llamarse *valeológico*.

Esbozado así, se apoya sobre una comprensión valeológica del proceso vital humano, la teoría de la actividad y la perspectiva filosófica de dimensión cultural de la existencia social.

### ***Propósitos***

1. Sistematizar el conocimiento empírico de enfermería para buscar una aproximación al contenido de su aparato categórico conceptual:

- Proceso vital humano.
- Cuidado de la vida.
- Cuidado de la salud.
- Trato humano.
- Respeto.

2. Sobre la base de la experiencia proponer una metodología de proceso de diagnóstico por enfermería que en su primera fase abarque:

a) Detección de:

- Necesidades objetivas y subjetivas de salud (conservarla, fortalecerla y recuperarla).
- Criterios de amenaza (riesgo, susceptibilidad y gravedad).
- Jerarquía de valores con relación a la salud y la enfermedad.
- Actitudes ante: salud, enfermedad, tratamiento, instituciones de salud, trabajadores para la salud.

b) Conformación de "constelaciones" enfermeriles (por analogía

con los síndromes clínicos).

3. Adaptar el diagnóstico propuesto al Proceso de Atención de Enfermería para un Diagnóstico Funcional Enfermeril.

4. Sistematizar la información empírica de enfermería a la luz de la concepción de los Tiempos del proceso de reproducción social y del consumo semiótico.

a) Diferenciar los niveles:

- del proceso;

- del escenario en que: surge, se desarrolla, se combate, desaparece o se transforma el proceso

b) Justificar el concepto por analogía: "drama clínico" al través del análisis de los rituales y ceremonias que tienen lugar en y transforma los:

escenarios,

instrumentos,

discursos,

acciones.

5. Analizar el carácter ceremonial de las acciones, rituales y discurso de la atención de enfermería y considerarlo en el algoritmo de diagnóstico de enfermería propuesto sobre los ejes semiótico, lógico y técnico.

6. Sistematizar el conocimiento sobre el tratamiento enfermeril.

### *Tipo de estudio*

Teórico-metodológico.

La base teórica la ofrecen:

a. El conocimiento filosófico,

- b. El conocimiento científico-general y
- c. El conocimiento científico-particular del campo médico.

La experiencia de enfermería en general y de enfermeras expertas en particular -con quienes se utilizan técnicas de ingeniería del conocimiento- proporciona la base empírica.

El análisis metodológico se lleva a cabo sobre la base de los procedimientos y los resultados del proceso de diagnóstico a la luz de la teoría de la actividad y la concepción del "Consumo semiótico".

## *IV.2. Para fundamentar el aparato categórico conceptual*

### *a. Para los conceptos: Trato humano, respeto y cuidado de la vida y cuidado de la salud*

Para abordar la problemática del *trato humano* y el *respeto* en enfermería es necesario llevar a cabo un análisis del *deber* a partir de las concepciones filosóficas y políticas, centrando la atención en la actitud ética de la ciencia médica, es decir a la valoración y atención a la salud y a la enfermedad, sustrato que permite plantear las bases para un *deber* específico de enfermería.

Se parte del principio de que el ser humano se proyecta en el deber, entendido como corresponsabilidad y conjunto de relaciones sociales, económicas, políticas y psicológicas, expresada en el respeto a la dignidad humana, en la asistencia a las necesidades del desvalido, en el esfuerzo por el beneficio a los enfermos, en la enseñanza creativa y en la negación de toda injusticia y corrupción.

La *Deontología*, al igual que la moral y la ética constituye un elemento socio-cultural íntimamente ligado con las estructuras jurídicas de los estamentos e instituciones.

El término *deontología* (del griego *deon*: deber) fue introducido a comienzos del siglo XIX por el filósofo inglés Jeremy Bentham para designar las doctrinas basadas en el principio de la búsqueda del placer y las normas éticas correspondientes, es decir, precisaba la conducta que debe seguirse para obtener el máximo de placer de acuerdo con las circunstancias en que se viva. Posteriormente Rosmini le dio el sentido de *ciencia del deber*.

La *Deontología médica* estudia el conjunto de normas éticas, el

deber profesional de los trabajadores para la salud (médicos, profesionales de la enfermería y personal paramédico). Aquello que ahora es su objeto de estudio todavía a finales del siglo XIX se denominaba *ética médica* e incluía: los deberes para con el Estado, la política médica, los derechos del médico (la *decología*) y otros.

En la búsqueda de una aproximación para especificar el problema del deber en enfermería se hace necesario, en primera instancia, estudiar los aspectos generales de la Deontología médica para posteriormente, desde el enfoque disciplinario propio, escudriñar en los conjuntos de significaciones y de valores que se deben tomar en cuenta para el planteamiento de una Deontología de Enfermería en esta confluencia de siglos y milenios.

### *Deontología o "Teoría de la ética de la ciencia médica"*

El *deber* etimológicamente significa *deuda contraída respecto al Derecho*. Pero, por cuanto el Derecho también expresa una relación de obligación, es preciso examinar sus diversas connotaciones en el respectivo contexto histórico y en la *interrelación de las categorías de derecho y de deber*.

El entorno general de ciencia y sociedad en que se desarrolla el deber médico está presente desde los primeros filósofos médicos de la antigua Grecia que definían la medicina como *el arte de combatir la enfermedad y prolongar la vida*.

Cuando en los templos de Esculapio, Hipócrates consideraba la salud como equilibrio (*eucrasis*) y la enfermedad como disarmonía (*discrasis*), estaba ya superando los escollos míticos del arte médico para apoyarse en la experiencia de acudir a la fuerza curativa de la naturaleza. Estaba ya valorando la enfermedad desde un punto de vista humano.

Galeno de Pérgamo, en la civilización romana, retomaría esta tesis para caracterizar a la fuerza medicatriz como el conjunto de *actividades que mantienen la salud*. Por tanto los medicamentos deberían ser coadyuvantes de esa fuerza.

Son precisamente estos criterios los que dan lugar a la teorización de la enfermería desde el fundamento filosófico *valeológico*, es decir, del *estar sano* y por tanto como una actitud ética de respeto a la vida.

En la Edad Media el teocentrismo impondría su concepción confesionalista y así, con base en principios teológicos se giraba alrededor de los conceptos de *premio celestial* y *castigo terrenal*. El concepto de *Derecho* se expresaba como designación divina de facultad omnipotente; el concepto de *Deber* como obligación imperativa y el concepto de *Enfermedad como castigo* y prueba de fe.

En este contexto la *Inquisición* llegó a reinar como acto de purificación y el *exorcismo* como expulsión de los demonios del enfermo mental. La medicina, como otras ciencias, se refugiaría en un conocimiento no precisamente científico y menos humanista.

El Renacimiento retornaría a la visión humana de la enfermedad y la salud. Avicena, Paracelso y Vesalio inaugurarían en la ciencia médica la época del *antropocentrismo moderno* que institucionalizó las reglas éticas de la profesión médica con base en el rescate del *Juramento Hipocrático*.

Ante los crímenes de guerra del nazismo y fascismo y la utilización de la medicina como arma, la Organización de las Naciones Unidas convocó un congreso para examinar la problemática re-

lativa a la salud y a los afectados de la Segunda Guerra Mundial (Ginebra 1947), que se concretó en la redacción del *Código de Deontología* y en la institucionalización de la *Organización Mundial de la Salud*.

El Juramento hipocrático y la ciencia del deber alcanzarían universalización en el *Código Deontológico para la Ciencia Médica* que expresa una cosmovisión humanista de la vida, partiendo del respeto a la vida como el bien máspreciado sobre la Tierra y como el derecho fundamental del orden social internacional. *Y es que la vida de cada individuo es un fin en sí misma, irrepetible, unívoca y sagrada y no un medio o un recurso.*

En síntesis, el Código Deontológico establece los deberes de los médicos respecto de los enfermos y de sus compañeros como normas morales.

### ***Moral y deber***

La *moral* (del latín *mores*: costumbres) como forma de la conciencia social en que se reflejan y fijan las cualidades éticas de la realidad social (bien, bondad, justicia y otras), constituye un conjunto de reglas y normas de convivencia y de conducta humana que determinan las obligaciones de los seres humanos, sus interrelaciones entre individuos y con la sociedad.

La *ética* (del griego *ethos*: relativo a las costumbres) es la ciencia de la moral y la *deontología* es la parte de la teoría ética que contempla el problema del deber, de las exigencias morales y de las normas y en general del deber como una forma específica de la moralidad, de la expresión de la necesidad social.

Es precisamente el concepto de moral el que lleva a retomar la definición de *deber*.

En la *Summa Teológica* de Santo Tomás de Aquino se encuentra la separación entre *ley natural* y *ley divina*. Pero además, el *libre albedrío* adquiere condición de derecho. El *Deber* se define en una dualidad cognitiva que le da carácter negativo y prohibitivo cuando se refiere a malas acciones y lo califica de afirmativo y positivo si expresa la realización del bien; es decir, *el deber es una obligación que define el bien como regla moral, imperativa, absoluta, universal y dictada por Dios*.

Esta conceptualización llegaría hasta los *iusnaturalistas* quienes, pese a considerar al Derecho como norma preestablecida anterior a la norma jurídica continuarían aceptándolo como imperativo categórico que obliga incondicionalmente. Con el surgimiento de los *Derechos del Hombre* (1793 y 1795), principal aportación de la Revolución Francesa (1789) aparece la contradicción: el deber se toma como experiencia sensible relativa a la costumbre, siendo correlativo al derecho consuetudinario formado por la actitud de convivencia en la lucha ancestral por la supervivencia. *El deber se traduce en control*.

Con el Contrato Social toma cuerpo la Filosofía del Derecho. El Estado y el Derecho se entrelazan entre sí necesariamente. El Derecho se conforma como conjunto de normas y de organización que constituyen una unidad. El Estado jurídico tiene por contenido la reglamentación de las relaciones fundamentales para la convivencia del grupo social como son las relaciones familiares, económicas y políticas, así como de control social.

De esta manera el deber y el derecho se correlacionan: *el derecho como poder de propiedad y el deber como freno al abuso del poder*.

En ese sentido el derecho jurídico adquiere doble carácter: como garantía del ejercicio de la libertad y como coacción o empleo

de la fuerza física para imponer su dominio, quiere decir, para hacer efectivo el ordenamiento. En ese contexto *el derecho y el deber determinan el balance y evaluación de las normas éticas*, que a su vez se expresa en doble condición: la norma del estado de naturaleza, preexistente o consuetudinario y el ordenamiento jurídico como derecho objetivo universalmente válido.

Esta unidad y contradicción está presente en la concepción y práctica del Estado contemporáneo lo mismo que en los fundamentos teóricos de la ética como reflejo de una realidad concreta.

### *Los derechos humanos*

Con la *Declaración Universal de los Derechos del Hombre* -desde 1948, Derechos Humanos- se consagró la libertad e igualdad de todo ser humano en su *condición de ciudadano* o ser político como individualidad frente y sobre el poder.

Por Estado de Derecho se entiende hoy día el ejercicio del poder, basado en el consenso de hombres libres y conscientes, para el desarrollo garantizado de las facultades de toda persona mediante el esfuerzo de la voluntad bien dirigida. Entonces, la función del Estado se define por el deber de reconocer y promover los derechos fundamentales del ciudadano.

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los posteriores convenios internacionales del *Derecho humanitario*, los *derechos fundamentales* se clasifican en tres generaciones integradas entre sí:

1. *Derechos naturales o civiles* que se refieren a la personalidad del individuo, libertad personal, de pensamiento, de religión, de reunión económica y de circulación.

2. *Derechos políticos* que constituyen la libertad activa y son la libertad de asociación, de elección y participación.

3. *Derechos sociales*: derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, a la protección de la salud, a la no discriminación por sexo, raza, religión u opinión política, lo que conlleva un comportamiento activo del estado para garantizar a los ciudadanos una situación de certidumbre.

Sin embargo, su aplicabilidad y observancia chocan permanentemente con amenazas que provienen del desarrollo contradictorio de las estructuras socio-económicas; la tendencia a la revaloración del capitalismo con base en la distribución inequitativa del ingreso, que favorece la concentración de la riqueza en una élite económica; la condición conformista de la sociedad de masas y la deshumanización que como aprendiz de brujo ha desatado la sociedad industrial.

### ***El derecho a la vida***

El Derecho a la Vida, el Derecho Humano por excelencia, exige la solidaridad, requiere de corresponsabilidad, es decir, la *interrelación entre derecho y deber*.

La *corresponsabilidad* ha sido también una constante en la formulación teórica de la ética, pero deformada por el individualismo exacerbado y el colectivismo forzado. Surge en los albores de la Revolución Francesa con el concepto de *fraternidad* que superó al de caridad cristiana y se configuró como el primer derecho social modificando substancialmente la interrelación entre derecho y deber para conformar como síntesis el concepto de *servicio*.

Pero es con el pensamiento socialista, inspirado en la fraternidad

y la mutualidad, que adquiere la *connotación humanista de solidaridad*. Es en la Primera Internacional Socialista, en el Congreso de 1871 cuando en sus estatutos se plantea la corresponsabilidad entre derecho y deber elevando la *solidaridad a principio ético* puesto que el socialismo reivindica la libertad económica como condición material para el desarrollo superior de toda persona en su vida material. Se entiende *el derecho no como privilegio sino como el deber de hacer en beneficio común*.

Empero, es sólo hasta 1924, en la Reunión de la Organización Internacional del Trabajo de la Sociedad de Naciones -como extensión del Pacto de Versalles- cuando se aprueban las propuestas de la Primera Internacional Socialista de los derechos colectivos laborales incluyendo las normas de protección a la salud en caso de riesgo por el trabajo.

La democracia económica conlleva la participación de todo ciudadano en las decisiones y ejecuciones de la política económica como la parte básica de la corresponsabilidad. El derecho adquiere una connotación práctica: la facultad de apropiarse del acervo cultural, político, filosófico, histórico y material legado por la humanidad; y *el deber, como el compromiso con las generaciones venideras en la voluntad individual y colectiva de superar los errores y fortalecer los aciertos*.

Los conceptos fundamentales de la actividad enfermeril: *Cuidado de la vida, Cuidado de la salud, Respeto y Trato humano* expresan su esencia deontológica propia en el contexto filosófico planteado, en el compromiso de la *corresponsabilidad, como unidad de voluntades* que parte de entender el Derecho a la Vida como la permanente *creatividad y superación hacia las metas de salud y felicidad como esencia del Juramento Hipocrático*

*en general y de la Declaración deontológica de Enfermería, en particular.*

### ***La comunicación, sustrato para cuidar la vida y la salud***

La reflexión acerca del problema de la comunicación en enfermería permite captar y valorar la importancia del conocimiento de las interrelaciones no sólo en el desempeño profesional sino también en el campo teórico.

Fundamental es comprender no solo la comunicación con el usuario sino también las propias exigencias en las interrelaciones académicas y laborales, la realidad de la posición del profesional de enfermería y la valoración que le hacen sus colegas-superiores y otros miembros del equipo.

Teóricamente se plantea la equidad en lo referente a derechos y responsabilidades de los integrantes del equipo de salud, pero en la práctica los niveles de libertad que se manejan no dependen de la esencia de las tareas que se llevan a cabo ni del tipo de soluciones a las mismas. En el caso de la relación con el médico, a quien se suele inculpar por su "hegemonía", es evidente que aún no se ha logrado superar la idea de que su actitud de patriarca que todo lo determina es la causa de sus desgracias sin aceptar abiertamente que su despotismo la subyuga como mujer.

El manejo de la autoridad se sustituye por el autoritarismo de quienes -por su posición en la estructura jerárquica- tienen posibilidad de subordinar, lo cual conduce al bloqueo de los canales de retroalimentación con la consiguiente alteración de la comunicación que puede llegar hasta la incompatibilidad psicológica con todas sus repercusiones para los comprometidos directos (o por lo menos para quien está en desventaja) e involucra a los

profesionales en formación y a los pacientes.

Este tipo de interrelaciones surgen con base en motivos psicológicos tales como simpatía-antipatía, puntos de vista similares o diferentes, intereses y complementariedad, pero quizá estén más marcados por particularidades en su propia identidad.

Este tinte negativo se establece en un proceso laboral que no propicia un real conocimiento mutuo y que, en lugar de estimular la *competición*, es decir, la tendencia de las partes a superar sus propios resultados, propicia las tendencias antagónicas de tipo *competencia* o rivalidad.

Así, competición o competencia definen la posición de la persona en el grupo y propician el bienestar emocional y la satisfacción o el malestar y la insatisfacción.

Necesario sería, entonces, por una parte plantear la problemática de la comunicación en enfermería y por otra, incluir en los programas de estudio la enseñanza de estos aspectos.

La comunicación abreva en la ecología y en la etología. El ser humano para existir debe forzosamente establecer contacto con otras personas, interactuar, compartir vivencias, intercambiar información, comprender y ser comprendido por otros seres humanos, ejercer influencia sobre otras personas y a la vez ser influenciado por ellas, es decir: necesita comunicarse.

Desde un enfoque sociológico la comunicación se da en distintos niveles. El más amplio comprende las relaciones sociales y condiciones de vida que crean tradiciones, normas y reglas a las cuales las personas tienen que sujetarse para poder comunicarse, determinando el pasado y a la vez la vida futura de la perso-

alidad. Un nivel intermedio es el que se da sobre temas particulares entre dos personas y/o grupos utilizando unidades elementales de comunicación. Y por último está el acto particular como unidad elemental de comunicación.

La comunicación desempeña funciones sociales propiamente dichas (orientadas a satisfacer las necesidades de la sociedad o de un grupo durante su funcionamiento e interacción) y funciones psico-sociales vinculadas con las necesidades de personalidades individuales. En el primer sentido la comunicación sirve para dirigir y controlar la sociedad, planificar y coordinar la actividad laboral colectiva y asegurar la interacción dentro del grupo. Desde el punto de vista psico-social la comunicación permite establecer contacto (para satisfacer la necesidad de vencer las tensiones psíquicas provocadas por la soledad), identificar a la persona (determinar si es o no miembro del grupo) y desarrollar la empatía y permitirle a la persona socializarse.

La comunicación es -junto con el conocimiento y el trabajo- factor determinante para la formación de la personalidad. Con ella se busca, entre otros fines, influir sobre las relaciones, sentimientos, opiniones y conocimientos de la persona con la cual se establece determinado contacto.

Cabe aclarar que, en este contexto, la posición de la personalidad hacia todo lo que le rodea y hacia sí misma se denomina *relación* y se refleja en atención, sentimientos e intereses, mientras que la posición recíproca entre dos personalidades o entre la personalidad y la sociedad se llama *interrelación* y se realiza en y a través de la comunicación.

A grandes rasgos se puede decir que el contenido de la comunicación está conformado por conocimientos, hábitos y habilida-

des específicos (incluyendo los científicos) y habituales. Estos últimos incluyen la percepción mutua y pensamientos y sentimientos no expresados verbalmente. Con todo ello se busca dar solución conjunta a tareas que plantean las relaciones e interrelaciones que adquieren un tinte especial.

En la comunicación interpersonal se utilizan distintos medios: la palabra, el lenguaje no verbal, el intercambio de objetos y cosas y la sensibilidad táctil-muscular, participando los siguientes elementos:

- Emisor-receptor (sujetos que se comunican mutuamente),
- Código común (sistema de signos y reglas que permiten formular y comprender lo que se transmite),
- Referente (aquello verdadero o ficticio a lo cual se alude),
- Mensaje (conjunto de señales, signos o símbolos que se transmiten),
- Contacto (relación previa que se da entre el emisor y receptor para facilitar el entendimiento del mensaje y descartar la incompatibilidad psicológica).

Las ciencias del comportamiento consideran que, entre más amplio sea el círculo de comunicación en el cual se desenvuelve el individuo más rico es el contenido de su personalidad, siendo en consecuencia, la comunicación el aspecto más importante del modo de vida de la personalidad.

### ***La comunicación en enfermería***

Enfermería es una de las profesiones en las cuales la comunicación desempeña un papel determinante, tanto en el nivel sensorial (kinestésico, visual, auditivo, olfativo y gustativo), como en el del lenguaje verbal y no verbal (apariencia externa, mímica, gestos, pantomima, distancia, en fin).

Los distintos aspectos estudiados y caracterizados por la proxémica en otros campos de la actividad humana adquieren en enfermería rasgos particulares pues las distancias, al igual que la disposición de los que se comunican cambian permanentemente de desconocidos a conocidos, de oficial a personal e íntimo con un manejo específico de las distintas unidades básicas de comunicación tales como la pregunta-respuesta, la mímica, la mirada, el apretón de manos, el intercambio de objetos y la influencia táctil-muscular.

Para todo tipo de actividad la comunicación es importante y dependiendo de las circunstancias se complejiza de manera especial. Pero, en lo que se refiere a enfermería, dadas las particularidades de las relaciones e interrelaciones con el portador de patología, su familia, los colegas y el médico, adquiere matices especiales sobre todo en lo que se refiere a la variabilidad en el número de participantes, los significados que se transmiten, los medios utilizados, el tiempo de duración, la situación y papel sociales y la culminación.

Los miembros de un grupo primario, para lograr sus metas y dar solución a tareas personales y grupales establecen *comunicación interpersonal*. Si el contenido de la comunicación interesa a los dos componentes del binomio emisor-receptor, ellos mismos buscarán los medios para reflejar de mejor manera sus respectivas posiciones. Pero si los dos son representantes de grupos no tienen la suficiente libertad para determinar el modo de establecer el contacto. La presencia de una tercera persona cambia el cuadro de la comunicación pues, los dos elementos de la comunicación deben preocuparse por mantener el prestigio que representan, en consecuencia, la posibilidad para seleccionar medios se reduce.

La comunicación interpersonal en enfermería es fundamentalmente directa y se realiza con los pacientes y sus familiares, los médicos y otros especialistas, y también con quienes en la estructura jerárquica del departamento ocupan lugares de superioridad, igualdad y subordinación, teniendo con frecuencia que manejar simultáneamente distintos tipos de interrelaciones, situaciones que por su complejidad generan distintos grados de tensión emocional.

Se sabe que la comunicación directa tiene una gran cantidad de canales de retroalimentación que es la captación de las respuestas del receptor que dan información acerca del grado de aceptación del contenido de los mensajes.

En este contexto tiene gran importancia la apariencia externa (fisonomía, vestido, manera de comportarse), la expresión dinámica de la cara, manos y cuerpo, los movimientos elaborados socialmente, la posición entre las personas que interactúan, la tendencia al acercamiento, la influencia física, el contenido de los mensajes, permiten organizar las vivencias, relaciones, ideas y sentimientos de manera adecuada.

En el plano profesional convendría delimitar por lo menos dos niveles de comunicación:

- a) comunicación "profesional de enfermería-usuario"
- b) interrelaciones interpersonales en el equipo de trabajo.

### ***Para cuidar la vida y la salud del usuario***

Es necesario señalar que este tipo de comunicación incluye a los allegados del paciente sean familiares, amigos u otros que tienen con él determinado vínculo de alianza u oposición y se interesa por su estado de salud (sea en el sentido positivo o negativo).

La comunicación con la persona que va a ser, está siendo o ha sido sometida a intervención y sus seres queridos o interesados personalmente en su salud se diferencia tanto por:

- el intercambio de significados;
- el contacto;
- las interacciones;
- las vivencias (compartidas o no);
- la comprensión mutua;
- la influencia mutua.

En la inmensa mayoría de los casos usuario y profesional de enfermería son personas desconocidas que se ven forzadas a crear y transmitir significados fundamentados en la lógica, en el conocimiento del ser humano, de la enfermedad y de su portador, para lograr un acuerdo sobre puntos de vista específicos. Sin embargo, la *persuasión* no es unidireccional, es decir de profesional de enfermería hacia el paciente ya que es bidireccional; el receptor, bien sea con lenguaje verbal o paraverbal incide en la conciencia del emisor que le predispone a comportarse de determinada manera.

Por medios persuasivos se busca reforzar o cambiar actitudes del paciente y sus parientes, no sólo para aceptar la atención que se le brinda sino para defenderla e inclusive actuar de acuerdo a ella.

Sin embargo, con frecuencia suele acudir a la *sugestión* para que en forma no crítica la gente acepte lo que se le propone.

Esas personas que apenas empiezan a conocerse tienen que pasar inmediatamente de un trato oficial a uno en el cual la influencia táctil-muscular predomina. La estrecha relación que se desarrolla puede llegar a impregnar los significados con sentido per-

sonal y generalmente en corto tiempo desaparece.

Paciente y parientes por una parte y trabajadores para la salud, por la otra, manejan conocimientos, hábitos y habilidades en muchos aspectos diferentes y en otros similares. En la mayoría de los casos no existe un real código común, por consiguiente el referente no es el mismo para el binomio emisor-receptor. Con frecuencia el contacto previo también ha sido insuficiente. Como consecuencia, sobre una base de compatibilidad muy restringida se busca realizar acciones para recuperar la salud del afectado.

### *Cuidándose a sí misma en el equipo de trabajo*

Entre las funciones sociales de la comunicación entre el personal de la institución médica se destacan de manera obvia:

- La dirección y control de los distintos estamentos.
- La planificación y coordinación de las actividades laborales.
- El aseguramiento de las interacciones dentro del grupo.

Es de conocimiento general que las instituciones de salud, de manera especial las de seguridad social, tienen una jerarquía de mando estructurada sobre esquemas verticales lo que determina el tipo de comunicación entre los estamentos. Pero además, éstos la utilizan como instrumento de dirección, planificación, coordinación y control de las actividades laborales que en ellas se llevan a cabo. Por lo que respecta a las interacciones específicas del equipo de salud se supone que se tienen que sujetar estrictamente a los modelos establecidos.

En estas condiciones se impide la formación espontánea y consciente de la opinión del grupo, de la emisión de juicios acerca de la actividad colectiva y de algunas personalidades, se obstaculiza la crítica y autocrítica constructivas.

Esta rigidez, además de coartar la comunicación, inhibe la originalidad y limita la creatividad en la solución de tareas conduciendo a un desempeño estereotipado y formal.

**b. Para la categoría "*Proceso vital humano*"**

La Enfermería, como actividad práctica, ha recopilado una experiencia tal que comienza a exigir la sistematización y teorización necesarias para abrirse la vía que la conduzca a ocupar el lugar que le corresponde como disciplina científica en el sistema de conocimientos formalizados.

Con esta mira se propone como categoría *proceso vital humano* que se estructure con un enfoque transdisciplinario que permita comprender que la animalidad del hombre está totalmente transformada por la cultura.

La concepción ecológica ha estado implícita en los sabios desde la antigüedad tal como lo demuestra la figura mítica de Higea, la hija de Esculapio y diosa de la higiene, o el planteamiento acerca de que el tamaño de las ciudades no debía exceder los límites dentro de los cuales pudiera escucharse la voz de un orador colocado en sitio especial, o las recomendaciones de Hipócrates y Areteo de Capadoccia para devolver la armonía a los portadores de patología tratándolos en un ambiente natural.

Pero sólo hace 135 años se publicó por primera vez uno de los libros más importantes para la ciencia hasta la época actual: *Sobre el origen de las especies por medio de la selección natural, o la presentación de las razas favorecidas en la lucha por la vida.*

Los desarrollos posteriores -que continúan hasta nuestros días-

han permitido comprender muchos de los aspectos que a mediados del siglo diecinueve eran enigmáticos, se ha desarrollado una disciplina científica que cada día adquiere mayor relevancia: la ecología. Una de sus ramas, la *ecología humana* con sus dos subdisciplinas; la *ecología cultural* y la *ecología social* brindan a la enfermería un gran apoyo.

Por su parte la etología le ofrece conocimientos básicos fundamentales como el de *territorio* del cual existiendo muchas definiciones y caracterizaciones, se preferirían las de Irrenäus Eibl-Eibesfeldt.

*Territorio y territorialidad*; zona detentada por un animal o un grupo de animales, el primero, e intolerancia vinculada al espacio, el segundo, proporcionarían un sustrato para reflexionar el presentarlos con la esperanza de que sirvan de base acerca del escenario donde se desarrolla el drama clínico y su significado en el cuidado de la vida y de la salud.

Dado que en un territorio los espacios para criar y dormir, al igual que la comida son unos mismos, el peor competidor de un animal es su congénere, mediante la agresividad los animales ejercen control sobre los miembros de su propia especie conduciendo a una distribución de los individuos por un espacio vital más amplio. Dentro de su territorio los animales están bien orientados lo que les hace sentir seguros.

Y por cuanto la intolerancia vinculada al espacio no siempre se manifiesta en la lucha sino que con frecuencia ésta se evita acudiendo a rituales de demarcación y que los propietarios del territorio en su propia zona dominan y que la importancia básica del territorio no radica en el tipo de mecanismos utilizados por el animal para conseguirlo, si no en el grado de exclusividad

con que lo usan sus moradores, es importante tomarla en cuenta en los casos de alteración del proceso vital y su atención.

Las nociones ecológicas y etológicas se captan aunadas a los conceptos *cultura, valores, significado, símbolo* y *comunicación* y la comprensión de la relación entre *lo biológico* y *lo social* como cimiento para abordar el *proceso vital humano* y el problema del *cuidar la vida y la salud* en el mismo con tareas concretas que se estructuran sobre el sustrato comunicativo de la acción enfermeril, elemento fundamental del *trato humano*.

## BIBLIOGRAFIA

Bilibin, A. F.; Vagner, E. A.; Klorzh, C. B.: "Deontología médica". En: *Gran Enciclopedia Médica*. T. VII. Moscú. 1977. 109-115.

Bobbio, L.: *Diccionario político*. Siglo XXI. México. 1991.

Fuerbringer B., M.; Quintanar R., L.; Martínez R., A.: "Elementos de Deontología Médica". *Cuaderno de Trabajo No. 5. Aspectos éticos y médico-deontológicos*. UAP, UV, UNAM. Xalapa 1988. 25-64.

Gutiérrez Lombardo, R.: "Dos biología, diversas filosofías de la biología y una sola confusión", *Ludus vitalis*. Vol. 1. No 1. 1993, 83-93.

Kassirskii, I. A.: *Acerca del ejercicio médico*. Meditzina. Moscú. 1970.

Lizárraga Cruchaga, X.: "Comportamiento humano: Interacción de complejidades evolutivas". *Ludus vitalis*. Vol. 1. No. 1. 1993, 57-81.

Ursúa, N.: "La biologización de nuestra cultura. El reto de la biología". *Uroboros*. Vol. 1. No. 2., 1991, 223-241.

### *IV.3. Para un planteamiento metodológico*

Independientemente de los conocimientos profesionales, enfermería necesita reflexionar y desarrollar trabajos de investigación orientados a comprender la compleja y sutil trama eminentemente humana sobre la cual se desarrollan las acciones conducentes a cuidar la vida y la salud del individuo, el grupo, la sociedad y la humanidad.

La filosofía acepta que, en su relación con el mundo el ser humano adopta una posición activa o pasiva. En el primer caso se cuestiona sobre lo que percibe, se plantea objetivos y metas a alcanzar de acuerdo a sus necesidades. En el segundo suele adoptar una actitud predominante de observador. Pero en ambos casos se trata de un determinado tipo de actividad.

Ese cuestionarse conlleva un complejo proceso. En el caso de esta aproximación, centrando la atención en los métodos y en la información semántica se acude a la *Metodología del conocimiento* y la *Metodología de la ciencia* como actividad que utiliza y produce conocimientos enfatizando en que, para comprender estos dos aspectos fundamentales es indispensable un buen manejo de los procesos analítico-sintéticos superiores y *pensamiento científico*.

En este caso se acude a la categoría *actividad* en las siguientes denotaciones:

- a) como categoría socio-filosófica de contenido científico- general,
- b) como concepto que expresa la manera de ser de la realidad social y
- c) como concepto que expresa una manera específica de interacción y automovimiento.

Desde una posición más práctica se toma en cuenta la división formal de la actividad en: espiritual, socio-política y material considerando en la primera la lúdica, la de aprendizaje escolar, la laboral, la estética y la científica (incluyendo en esta última la investigativa, la organizativa, la informativa, la auxiliar y la pedagógica) y trabajar con los *componentes* sujeto, objeto, métodos, condiciones, medios, metas, operaciones, resultados, comunicación y orientación.

Se enfatiza que, en la asimilación de las relaciones de la realidad, en los hechos y fenómenos examinados, se destacan las relaciones funcionales generales e invariantes (como calidad, cantidad, medida, causa, efecto, interacción, fin, medio, asignación y otros) que conforman el *proceso de categorización*, así como la clasificación, ordenamiento, deducción, inclusión y exclusión (*proceso de sistematización*), la conjunción de los dos o *codificación* (proceso por medio del cual los objetos y fenómenos se introducen en ciertas clases de equivalencias) y la unión de distintos sistemas parciales en nuevos sistemas más generales o recodificación de la información de conceptos científico-particulares, científico-generales o filosóficos, dependiendo de ese nivel de generalidad.

Los signos generales esenciales destacados en el curso y como resultado de análisis y síntesis profundos y los tipos de solución de una tarea comprendidos realmente por el sujeto se podrán *transferir* o *trasladar* a otra que tenga las mismas características esenciales.

Por múltiples razones, la Enfermería encuentra serias dificultades para realizar un planteamiento metodológico propio. Para superar estos escollos se propone utilizar, como *instrumentos teórico-metodológicos*, el pensamiento filosófico, el pensamien-

to científico, el modelo de proceso de diagnóstico clínico (médico) y la extracción de conocimiento privado de enfermeras expertas.

En este contexto, y aun cuando las comparaciones siempre resultan odiosas, se pueden encontrar analogías con el trabajo del destacado médico inglés Huw Francis, digno representante de la medicina comunitaria, quien, para hacer sus planteamientos abrevó en:

1. El movimiento en pro de una salud pública que en el siglo XIX tuvo lugar en Inglaterra y que propició el surgimiento de un nuevo tipo de actor social: el médico, capaz de trabajar honestamente a pesar de los escollos, estudiando objetivamente los problemas y buscándoles solución en forma creativa.
2. El manejo del mejor manual médico: los hospitales.
3. La medicina social surgida en los años 30 y 40 del siglo XX con H. E. Sigerist y el profesor de la Universidad de Oxford, J. A. Ryle.\*

#### *a. Para un método enfermeril*

El ejercicio científico ha demostrado innumerables resultados, especialmente en este siglo, resultados que se centran en forma clara sobre la tecnología, nada despreciable pues, permiten liberarnos del trabajo monótono.

*\* Ryle, a partir de la patología de casos se orientaba hacia la "patología social" de la comunidad, tomando en cuenta la epidemiología de las enfermedades y con nuevo entusiasmo, amplios conocimientos y una voluntad inquebrantable, retomó el viejo problema de detectar los factores básicos que propician la propagación de las enfermedades. Hoy se le considera el padre de la medicina social inglesa.*

Pero, la comprensión de los fenómenos del mundo no se puede regir por el conocimiento que proporcionan disciplinas aisladas si no que forzosamente exige la confluencia e interrelación de los aportes de múltiples disciplinas, ramas científicas, campos científicos, es decir, de la ciencia como tal y del arte. Pero, además del "conocimiento oficialmente aceptado" es importante dar el lugar que se merece al "conocimiento no científico".

Gran cantidad de conocimiento se ha hecho público. Generalmente, en la ciencia, se reporta, para llevar a cabo la educación formal, sin embargo, mucho conocimiento adquirido con la experiencia, con la constante solución de problemas, se transmite tutorialmente, acaso con algunas expresiones lingüísticas directas sobre el objeto de conocimiento. Este conocimiento lo tenemos todos pero sólo en los expertos está orientado a resolver problemas específicos de un área. Este es el conocimiento privado.

El conocimiento manejado en enfermería conlleva a una práctica, transmisión y sistematización diferente al que encerramos en el ámbito puramente "científico" pues, están presente los conocimientos que aún no se han sistematizado pero que sirven para resolver problemas, como se ha demostrado en la inteligencia artificial con los sistemas basados en conocimiento privado tales como el MICYN, PROSPECTOR y otros.

En consecuencia se propone un método enfermeril planteado en tres ejes fundamentales:

### *Eje técnico*

Buscando ordenar las particularidades de los métodos específicos de indagación y el manejo de los *sistemas de codificación* y

no precisamente de cifras.

### *Eje lógico*

Detectando y clasificando las regularidades del "Pensamiento profesional", se destaca no la acumulación de datos y cifras si no el dominar los modos de operar con ellos para así, en el proceso de estudio del hecho, situación o fenómeno del proceso vital humano:

- a) Aplicar los *sistemas de indicaciones* para dar soluciones a situaciones conocidas con ayuda de *algoritmos*.
- b) Aplicar de manera independiente en situaciones nuevas el contenido de *procedimientos*.
- c) Ejercer la capacidad de descubrir las relaciones y propiedades cuando ello sea necesario (*creatividad comprendida como proceso* -que se puede dar en imágenes, significados y nuevos métodos- que revela nuevas propiedades de la realidad o da nuevos modos de transformarla).

Son, entonces, las estructuras operacionales y cognoscitivas, al igual que los métodos y conceptos adecuados los que aquí interesan.

### *Eje semiótico*

El fenómeno explorado -trátese de persona, grupo, situación u otros- es íntegro. Pero en esa unidad se detectan varias *dimensiones*, cada una de ellas con sus propios **significados**. Entre esas dimensiones se podrían distinguir una *social* (generada en todo el proceso histórico de la humanidad y en la propia experiencia de la persona, el grupo, la institución o la comunidad, dentro de un contexto social específico), una dimensión *psico-socio-cultural* (vinculada a las relaciones "individuo--cultura-sociedad",

"personalidad-entorno-proceso vital" y "situación-personalidad-experiencia vital"), estando todas ellas imbricadas y por ende coactuando y una dimensión *simbólica* (ceremonio-ritual y dramático-clínica).

El *procedimiento* será:

1. Analizar las peculiaridades de los elementos constitutivos del drama clínico: escenario, discurso, instrumentos, actos y relaciones de las personas, situaciones, o fenómenos que conforman el objeto de actividad enfermeril.

2. Codificar a través de operaciones analítico-sintéticas superiores para introducir los objetos y fenómenos en clases de equivalencias:

a. Categorización de los elementos que conforman el sujeto de investigación en aspectos de:

- sus invariantes (tipo de medida, cantidad, cualidad, causa, efecto, fin, medios);

- las relaciones funcionales generales (interacciones, asignaciones y significados);

b. Sistematización de los elementos y conjuntos obtenidos:

- ordenamiento y clasificación a través de la inclusión y exclusión,

- deducción.

3. Destacar la interrelación de las partes y la totalidad agrupando los conocimientos parciales por separado e interrelacionándolos para obtener el conocimiento del conjunto.

Al recodificar los conceptos científicos se unirá la información de los distintos sistemas parciales.

### ***b. Para un pensamiento enfermeril***

Se acepta a nivel general que la ciencia empieza por la capacidad de seleccionar, plantear y formular de manera correcta y precisa

los problemas y continúa con el complejo proceso de comparación, contraposición de hechos, hipótesis y concepciones, es decir, comienza con el hecho de pensar sobre la realidad objetiva o subjetiva. Su aplicación práctica permite brindar una de las mejores maneras de dar solución a problemas específicos en espacios y tiempos determinados. Cuando ese pensar se circunscribe a una manera específica de interacción en los límites de una actividad profesional se habla de *pensamiento profesional*.

Los psicólogos caracterizan el "pensamiento profesional" como un proceso de solución de una tarea mental por medio de la cual el profesionista, teniendo como objeto de actividad a un determinado hecho, situación, fenómeno u otro, reconoce en él aspectos que el observador común y corriente no maneja. Se trata de un pensamiento profesional productivo que manejando componentes conceptuales e imaginativos analiza el estado del objeto de estudio y establece la relación causa-efecto entre las distintas manifestaciones que él presenta. Con ayuda del concepto y la imagen, los conocimientos y habilidades, se diferencia y generaliza en las condiciones concretas dando así solución a tareas profesionales.

Las particularidades del objeto de la actividad profesional, las particularidades de los métodos y condiciones para dar solución a las tareas profesionales -como también las exigencias que ellas plantean a la actividad del profesionista- son algunos factores que en gran parte determinan el pensamiento que se manifiesta en el proceso de solución de tareas específicas.

Pero además, si se enfoca la solución de tareas como un proceso pensante, es necesario tomar en cuenta que ella depende del nivel de desarrollo del pensamiento de la persona, de su relación con la actividad realizada y que el proceso de solución de la

tarea es una condición obligada de la búsqueda del perfeccionamiento de la actividad cognitiva.

En la solución de la tarea mental se utilizan, ya sea en forma pasiva o activa, distintos *algoritmos*. La utilización pasiva de algoritmos conlleva la aplicación directa de las premisas conocidas por analogía con un modelo acreditado. La utilización activa de algoritmos es una forma más creativa, pues adapta el contenido de la tarea o la transforma dividiéndola en partes para darles solución secuencial, recodificando el contenido de la tarea, construyendo esquemas, diseños, modelos, llevando las tareas a casos particulares o bajo reglas generales.

Una solución auténticamente creativa de la tarea presupone la superación de los diferentes grados de inercia del pensamiento y la construcción de una nueva estrategia de solución que es, en todos los casos, el resultado de un largo trabajo previo del pensamiento que presupone una gran experiencia en la solución de tareas en uno u otro campo de la actividad humana. Sin embargo, la persona no siempre reconoce este trabajo previo y por eso da la impresión que tal solución llega de improviso, como iluminación, solución por *insight*. En este caso se habla de solución intuitiva.

Para realizar cualquier tipo de pesquisa, para proponerse estrategias y tácticas para cambiar la realidad, es fundamental desarrollar habilidades diagnósticas de los fenómenos que se estudian.

El *diagnóstico de cualquier situación* es un modelo que, teniendo distinto grado de complejidad, permite entrenar la actividad pensante desde la situación problémica, la delimitación del problema, la formulación de las hipótesis, el proceso de diferencia-

ción de los distintos subproblemas hasta precisar cuál es la situación real, cuáles las soluciones y cuál es el *pronóstico*.

Las necesidades de la sociedad moderna, particularmente en la segunda mitad del siglo XX, han planteado a las personas que trabajan con otras personas, diversas exigencias en lo que respecta al conocimiento profesional, a las cualidades y nivel de habilidades tanto diagnósticas como de programación, ejecución y evaluación.

La *Diagnóstica* o *Diagnosis* (del griego *diagnostikos*: capaz de reconocer), es una de las formas científicas de conocer la realidad objetiva apoyándose en una *Metodología* y utilizando *instrumentos científico-metodológicos* para comprender el desarrollo e interacción de los fenómenos.

Estos dos elementos -la metodología y los instrumentos- permiten comprender la gran variabilidad de fenómenos del mundo, conocer la relación entre la actividad cognoscitiva y la práctica y desarrollar la plasticidad, originalidad, creatividad, autonomía y crítica del pensamiento profesional.

Como disciplina, la *Diagnosis* estudia el contenido, métodos y pasos secuenciales del proceso de reconocimiento de situaciones, hechos o fenómenos generales. En el sentido práctico es el proceso de reconocimiento de determinadas situaciones, hechos o fenómenos y la valoración de las distintas particularidades del sujeto, incluyendo la exploración propositiva, la interpretación de los datos obtenidos y su generalización en forma de *Diagnóstico*.

Y como cualquier otro hecho de conocimiento el problema del diagnóstico se puede abordar tanto desde un punto de vista teó-

rico como desde un punto de vista práctico.

En el caso de Enfermería, por medio del proceso de diagnóstico, utilizando conocimientos y experiencia, se penetra en la realidad objetiva de una determinada situación o hecho relacionado con la armonía del individuo consigo mismo y con el mundo y por ende con la libertad para ser él mismo para explicar ciertas regularidades del fenómeno en cuestión. En ese complejo proceso el conocimiento racional y sensorial se funden, jugando un papel importante la intuición fundamentada en los conocimientos acumulados y en la experiencia.

*Diagnóstico y pronóstico* se relacionan íntimamente: el primero permite formular el segundo con gran precisión, siendo ésta una de las funciones del primero.

Un fenómeno fundamental e inherente a la vida es la *capacidad de anticipación*, es decir, el *pronóstico*. Gracias a los conceptos en el pensamiento también se presenta la anticipación de los resultados de determinadas acciones. Se le denomina *pronóstico*. Al trasladar las operaciones con la ayuda de los conceptos se pueden dirigir propositivamente las acciones en una nueva situación. A los fenómenos explorados y detectados en este abordaje valeológico se les asigna significado diagnóstico. Sobre la base de esos significados no sólo se interpreta el pasado y el presente sino que se prevee el futuro.

Enfermería dispone del *Proceso de Atención*, pero no ha acabado de formular un real diagnóstico del objeto de su actividad. En esa tarea estamos.

### *c. Postulado de objetividad relativa de enfermería*

El postulado de objetividad en la ciencia, según Ursúa, refiere a:

1. Comprensión intersubjetiva: Todo conocimiento científico debe poderse comunicar.
2. Independencia de sistemas de relación: El punto de vista, conciencia y perspectiva del sujeto observador han de ser irrelevantes.
3. Contrastabilidad intersubjetiva: Toda persona puede llevar a cabo un conocimiento científico.
4. Independencia del método: La exactitud de ejercer el conocimiento no depende del método.
5. No convencionalidad: La exactitud de ejercer el conocimiento no depende de un acto arbitrario, convención o decisión.

Establecido que la objetividad debe cumplir con "la independencia de sistemas de relación" como lo expresa Ursúa, el punto de vista, el estado de conciencia y la perspectiva de comprobar u observar un enunciado (estado del paciente, su familia, la comunidad) sería irrelevante. Pero los hechos empíricos y las observaciones científicas demuestran que no es así, pues, en el trato humano, en la comunicación, están presentes muchos factores que afectan la tendencia del estado salud-enfermedad. Entonces, en este sentido podría hablarse de una imprecisión sobre lo que acostumbramos llamar objetividad.

Nuestro postulado sería, entonces, de *objetividad relativa*, adecuado a los conocimientos que hasta ahora se manejan para conocer, mantener, potenciar y reestablecer el estado de salud del ser humano, de la comunidad, de la sociedad.

Para la objetividad relativa de la enfermería como disciplina dentro de las ciencias del ser humano, se agrega, entonces, *Dependencia del sistema de comunicación*: El punto de vista, conciencia y perspectiva influyen en el sujeto y el observador.

## BIBLIOGRAFÍA

Althousser, L.: *Curso de filosofía para científicos*. Origen/Planeta. Barcelona. 1986.

Anojin, P. K.: *Psicología y la filosofía de la ciencia. Metodología del sistema funcional*. Trillas. México. 1987

Baievskii, P. M.: *Pronóstico del estado en el límite entre la normalidad y la patología*. Moscú. 1979.

Benedictov, D. D.; Chernuj, A. I.; Lisitzin, Y. P.; Kirchaguin, V. I.: "Problemas globales de la salud pública y sus vías de solución". *Cuestiones de filosofía*. Moscú. 1979. 7. 102-113.

Brejman, I. I.: "Aspectos filosófico-metodológicos del problema de la salud humana". *Cuestiones de Filosofía*. Moscú. 1982. 2. 48-53.

Bunge, M.: *La investigación científica. Su estrategia y su filosofía*. Ariel. Barcelona-Caracas-México. 1976.

Fuerbringer B., M.: "La educación médica". Cuaderno de trabajo N.1. *El conocimiento y el trabajador de la salud*. Xalapa. 1988. 1-16.

Fuerbringer B., M.: "La unidad dialéctica salud-enfermedad". Cuaderno de trabajo N.2. *Aspectos metodológicos de la medicina clínica*. Xalapa. 1988. 1-31.

Fuerbringer B., M.: "Aspectos fundamentales para abordar el problema del

diagnóstico, tratamiento y rehabilitación". *Cuaderno de trabajo N. 2. Aspectos metodológicos de la medicina clínica*. Xalapa. 1988. 73-84.

Fuerbringer B., M.; Quintanar R., L.; Pérez Lucas, H. V.; "El paciente ante la enfermedad". *Cuaderno de trabajo N. 2. Aspectos metodológicos de la medicina clínica*. Xalapa, 1988.

Grinina, O. V.; Panachina, M. I.: *Estudio socio-higiénico de la familia del paciente*. Moscú. 1980.

Jiménez S., H.: "Modelos del desarrollo del sistema de conocimientos". *Cuaderno de trabajo N. 1. El conocimiento y el trabajador de la salud*. Xalapa. 1988. 61-66.

Jiménez S., H.: "La sistematización en la metodología". (Mecanoscrito).

Stegmüller, W.: "Cambio teórico accidental (no substancial) y desplazamiento de teorías: en qué medida puede la lógica contribuir a una mejor comprensión de ciertos fenómenos en la dinámica de las teorías". En: *Estructura y desarrollo de las teorías científicas*. UNAM. 1986. 215-250.

Suppes, P.: "¿Qué es una teoría científica?" En: *Estructura y desarrollo de las teorías científicas*. UNAM. 1986. 168-178.

Ursúa, N.: "Conocimiento y realidad: aproximación a una hipótesis. Perspectiva e implicación de una teoría evolucionista del conocimiento/ Epistemología evolucionista". *Theoria*. Segunda época, Año II, Curso 1986-87, N. 5-6. 461-502.

## *Epílogo*

Análisis y síntesis van siempre unidos por medio de la comparación. Esta permite contraponer y correlacionar los objetos y fenómenos que inciden sobre el sujeto como acto sintético que, destacando lo general y lo diferente, conduce a la *generalización*.

En el curso de la generalización, como resultado del análisis de los objetos comparados, se destacan signos externos (secundarios, parecidos) y signos generales, esenciales. La generalización que se realiza sobre la base de las características secundarias suele conducir a errores desde una concepción "científica", mas pueden ser totalmente aceptados por útiles desde una posición cultural. La generalización que se efectúa sobre la base de características esenciales conduce al conocimiento científico de los hechos y fenómenos.

En el proceso de análisis superior se comprenden las peculiaridades de las relaciones de cada uno de los objetos y fenómenos o de sus partes y elementos constitutivos. La síntesis se realiza cuando se capta la interrelación de las partes y la totalidad por medio del examen de cada uno de los elementos con relación al todo, los conocimientos parciales se agrupan por separado y se

interrelacionan para obtener el conocimiento del conjunto.

El continuo salud-enfermedad se sujeta a estados ligados a contextos específicos: climatológicos, geográficos, familiares, sociales, culturales, comportamentales, en fin. Tales contextos varían y en consecuencia el estado salud-enfermedad es relativo a ellos. De aquí que nos refiramos a un proceso en el cual intervienen dos componentes: los sanógenos y los patógenos. La interacción de éstos dan como resultante una tendencia que a su vez puede variar. Al dinamismo de esta tendencia le llamamos "Proceso salud-enfermedad".

El reforzamiento de los factores sanógenos o el debilitamiento de los patógenos cambian la tendencia del estado. La búsqueda de equilibrio del contexto con el paciente, el desarrollo óptimo de los factores sanógenos y el control de los patógenos, es una labor práctica, quizá artística, que descansa en el conocimiento de la armonía del ser humano consigo mismo, con el entorno y con el cosmos.

El conocimiento de dicha armonía se sustenta en conocimientos que aportan otras disciplinas tales como la ecología, la sociología, la antropología, la medicina, la psicología, la filosofía, la pedagogía, la lingüística, la semiótica, la hermenéutica, en fin. En el contacto con el paciente y su familia y en la relación con la comunidad, el profesional de enfermería maneja este conocimiento principalmente en forma privada y se expresa con efectividad en el trato humano hacia el usuario.

El proceso de conocer conduce al saber. El sujeto cognoscente, el objeto y lo que se conoce de éste participan de manera compleja en el acto cognoscitivo, generando información en el sujeto, modificando la que ya tiene y produciendo nueva informa-

ción. El saber no puede ser netamente objetivo pero mediante la expresión de hipótesis y su comprobación consigue su objetividad. La ciencia expresa su máximo conocimiento en las teorías, para las cuales es necesario la conjunción de modelos parciales que requieren de formulación y comprobación de hipótesis.

Siguiendo una posición estructuralista se concibe el trabajo en la ciencia como una práctica de muchos seres humanos desde hace mucho tiempo. En esta labor se retoman algunos postulados o creencias e hipótesis para seguir engrosando la espesa red "causa-efecto" que es independiente de la voluntad del ser humano. En esta tarea no es válido agregar aquello que "uno tiene", solo se deben describir, analizar y explicar las regularidades, nexo sobre nexo. De esta manera se llega al desequilibrio técnico-humanístico, las más de las veces sin considerar conocimientos llamados no científicos por carecer de nexo causal, o más bien, sin querer reconocer la esencia de un nexo. Muy probablemente ha sido la mejor forma para progresar en el ámbito técnico pero no en el humanístico pues esta orientación menosprecia -porque desconoce- y desconoce -porque menosprecia- el "trato humano".

En el *trato humano*, práctica cotidiana en enfermería, se producen diferentes expresiones que están fuera de la pragmática (realizar actos de manera adecuada a la situación) y más aún, de las tareas para las que se dio toda una preparación (aplicar vacunas, proporcionar cuidados especiales, administrar medicamentos, hacer anotaciones, en fin). Nos referimos a los aspectos que tienen qué ver con lo sociocultural, con lo psicológico, con lo estético, con lo simbólico, con el lenguaje paralingüístico, proxémico y kinésico (y aun el lenguaje lingüístico).

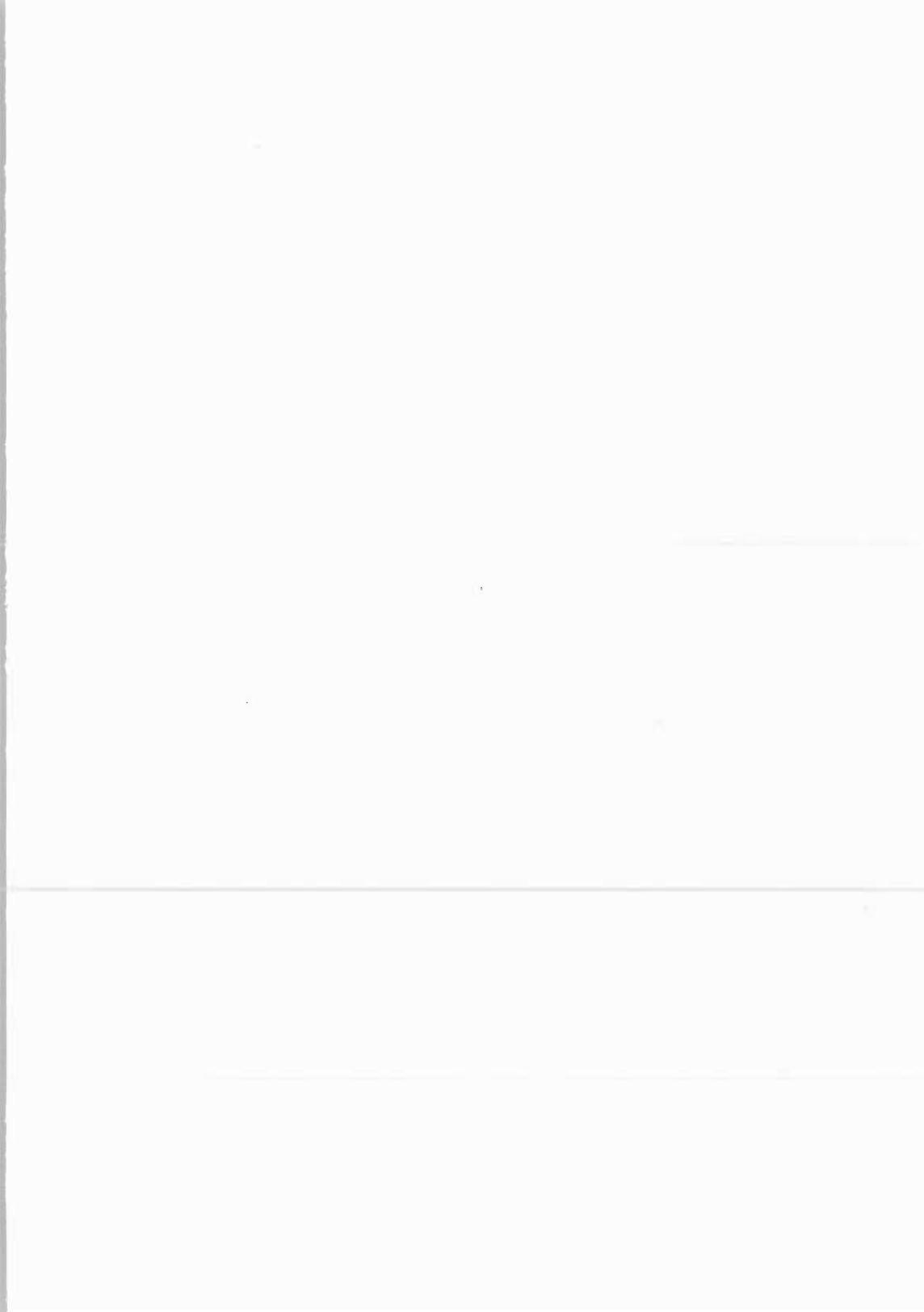
El acto clínico, al igual que el acto pedagógico, son en esencia

comunicativos. Por analogía se habla de un *acto enfermeril*, también comunicativo, pero al compararlos se encuentran semejanzas y diferencias substanciales.

Expresiones que a primera vista podrían verse secundarias son determinantes en ciertas situaciones y se ven claramente en las iatro, sooro y aegrotogenias y la psicoterapia. Y no es para menos, pues se trata a individuos que, ante su estado fuera de la salud, perciben y deducen, deducen y perciben con sus sistemas de conocimiento, por tanto, enjuician, razonan y vivencian. Tal vez esto último sea lo que más influya, lo que más se conecte con todo aquello que no se maneja explícitamente, conocimiento sumergido que lo lleva a convencerse de algo y a actuar en forma amplia de acuerdo a ello, movilizándolo implícitamente mecanismos sanógenos o patógenos.

La comunicación, el trato humano del profesional de enfermería al paciente, su familia y la comunidad y la respuesta de ellos, envuelve procesos que no han sido todavía estudiados a fondo, aunque sí se observan regularidades. Estas regularidades llevan a hipótesis y postulados que, al articularse en leyes expresan la estructura de las relaciones entre los fenómenos. Esta *comprensión problémica y sistematización de la abstracción del ejercicio enfermeril se convierte en el sustrato teórico de la enfermería como disciplina científica.*

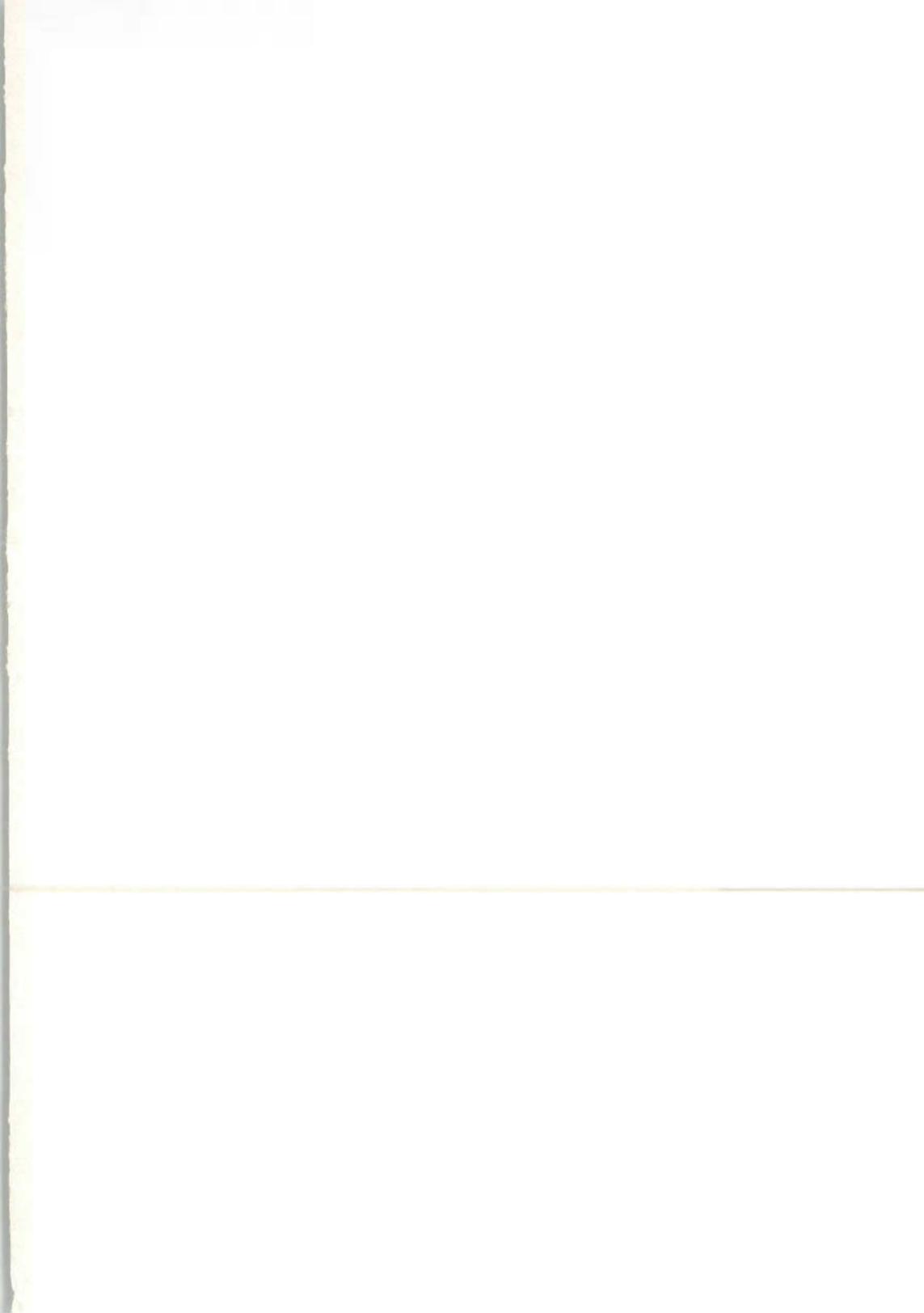
De esta manera hemos enunciado un aspecto poco reconocido en la práctica en torno a las ciencias del trato con el ser humano y que requiere estudio amplio para poder agregarlo como sistema a las demás ciencias. Por ahora es posible considerar la hipótesis planteada para abordar el cúmulo de conocimientos que se emplean para llevar a cabo el "trato humano".





Por acuerdo del señor Ing. Jaime Valle Méndez, rector de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, se imprimió este libro en los Talleres Gráficos de la Editorial Universitaria Potosina. Se terminó la impresión el 30 de noviembre de 1995. La edición estuvo al cuidado de la Lic. en Enf. María Isabel Villarreal Guzmán y de José de Jesús Rivera Espinosa. Se tiraron 1000 ejemplares.







*Editorial  
Universitaria  
Potosina*