

En este número:

- Los Procesos de Profesionalización de la Enfermería: Reflexiones a tiempo...
- Cecilia Grierson: Las Tensiones se condensan en la Formación de Verdaderas enfermeras.
- Construir futuro a partir de “marcas” y “huellas” Institucionales (o de la utilidad de estudiar nuestras propias “tramas institucionales”)
- Relatos en primera persona: Experiencias de internación en cuidados intensivos.
- Una mirada filosófica del Proceso de Atención en Enfermería Aportes a la enseñanza en enfermería
- Construyendo saberes en espacios comunitarios



TERRITORIOS *del* CUIDADO

REVISTA SEMESTRAL DE LA
CARRERA LICENCIATURA EN
ENFERMERIA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE QUILMES

**BERNAL,
BUENOS AIRES,
ARGENTINA**



Nuestra carátula

**Imagen de una disertación de la
directora de la carrera Mg. Ana
María Heredia en el auditorio
principal de la Universidad Na-
cional de Quilmes.**

Autor: Karina Espíndola. 2017

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

RECTOR
DR ALEJANDRO VILLAR

VICERRECTOR
MG ALFREDO ALFONSO

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES

DIRECTORA
MG NANCY CALVO

VICEDIRECTOR
MG DANIEL GONZÁLEZ

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

DIRECTORA
MG. ANA MARÍA HEREDIA

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

DRA. SILVINA MALVÁREZ
DRA. CARINA MUÑOZ
DRA. GRACIELA SIMONETTI
DRA. PATRICIA GÓMEZ
MG. ALEJANDRA CHERVO
DRA. CRISTINA COMETTO
DRA. HILDA VELÁZQUEZ

AUTORIDADES DE ESTA EDICION

DIRECTORA
MG. ANA MARÍA HEREDIA

CONSEJO EDITORIAL

DIRECTOR
DE PUBLICACIONES
CIENTIFICAS
KARINA ESPINDOLA

COMITÉ
EDITORIAL
DIANA GRINSPON
SANDRA SERLONI
OMAR BRAVO
SONIA FIGUEROA
ROSSIO ALEGRE

DIAGRAMACION Y
CORRECCION
DE ESTILO
LIC. PROF. OMAR ILLESCA

NOTA:

Los artículos que contiene esta revista representan la opinión de sus autores y no constituye necesariamente la opinión oficial de la Universidad Nacional de Quilmes.

Prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos de la revista por cualquier medio, sin permiso escrito de la Universidad Nacional de Quilmes.

TERRITORIOS *del* CUIDADO

TERRITORIOS *del* CUIDADO

Territorios entendidos como el resultado de la apropiación y valoración social de un espacio determinado: el espacio terapéutico del cuidado. Desde esta perspectiva, consideramos al territorio como una construcción social, solo pensable y comprensible en la medida en que se conocen y descifran los contenidos y las maneras como los sujetos viven y experimentan situaciones de salud y padecimiento e imaginan, piensan, proyectan e inscriben en ese marco, sus sentimientos de pertenencia, sus intereses, sus prácticas y poderes en él.

Consideramos que el abordaje de los procesos de –salud-enfermedad-atención-cuidado desde la perspectiva de territorio resulta de suma utilidad en la medida que incorpora la dimensión del poder, el cual permite hacer visibles las prácticas de control y dominio que sobre ese espacio ejercen los sujetos, alrededor de una condición de circunscripción territorial que la expresa o simboliza al mismo tiempo, en nuestro caso particular, alrededor del cuidado de las personas.

UNA PUBLICACION DE:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES

Roque Sáenz Peña 352, Bernal. Buenos Aires, Argentina (B1876BXD)

Tel. (+54 11) 4365 7100. Fax (+54 11) 4365 7101

enfermeria@unq.edu.ar

info@unq.edu.ar

<http://www.unq.edu.ar/>

<http://www.virtual.unq.edu.ar/>



SUMARIO

Páginas	
4	Editorial
6	Correo del Lector
7	Los Procesos de Profesionalización de la Enfermería: Reflexiones a Tiempo...
22	Cecilia Grierson: Las Tensiones se Condensan en la Formación de Verdaderas Enfermeras.
34	Construir Futuro a Partir de “Marcas” y “Huellas” Institucionales (o de la Utilidad de Estudiar Nuestras Propias “Tramas Institucionales”)
52	Relatos en Primera Persona: Experiencias de Internación en Cuidados Intensivos.
63	Una mirada Filosófica del Proceso de Atención en Enfermería Aportes a la Enseñanza en Enfermería
77	Construyendo Saberes en Espacios Comunitarios
89	Actualidad
90	Indicaciones para los Autores.

LA EDITORIAL

El presente número propone un reencuentro con los "Territorios del Cuidado". Un reencuentro que plantea nuestra decisión de seguir construyendo conocimiento desde un lugar específico: el espacio terapéutico del cuidado. Un espacio terapéutico que condensa distintos enfoques sobre formas de cuidar y de entender la salud, así como también de considerar la diversidad y complejidad que plantean los procesos de enfermedad y de enfermar. Sobre todo, esta revista desde sus inicios ha señalado la preocupación por la necesidad de mostrar el diálogo que, a través de los años, la enfermería ha construido con otros profesionales, con otras disciplinas y con nuestros propios sujetos de atención.

En este sentido, consideramos que este número recoge y hace visible distintos procesos que ha atravesado la enfermería en sus más de 50 años dentro del espacio de formación universitaria, en la reflexión acerca de la diversidad de abordajes posibles en torno a temáticas sumamente relevantes para la profesión, que van desde los procesos de profesionalización de la enfermería, pasando por las transformaciones curriculares de la carrera, las tensiones en los procesos de construcción de la enfermería moderna a fines del siglo XIX y principios del XX, hasta llegar incluso a las experiencias de internación desde la mirada de los sujetos, es decir desde la perspectiva "illness" de la enfermedad, o a una reflexión epistemológica acerca de las tensiones alrededor de la interpretación del proceso de atención de enfermería.

Los autores que aquí exponen comparten una misma trayectoria: han dedicado toda su vida a reflexionar sobre los aspectos ya sea históricos, educativos o específicos de la enfermería sobre los que se ha construido la disciplina con sus marchas y contramarchas

y actualmente son referentes de la enfermería argentina con lo cual nos enorgullece y prestigia su presencia en nuestra revista.

Por último y para terminar esta presentación queremos manifestar nuestra decisión para que esta revista se constituya en un espacio de intercambio, discusión y puesta a punto teórico-metodológica de las principales temáticas de la disciplina y de la profesión, principalmente con el foco puesto en la perspectiva política del cuidado; esto es: ¿a quién cuidamos? ¿Cómo cuidamos? ¿qué cuidamos?

Esto implica no perder de vista en el análisis del cuidado humano, y sobre todo en estos tiempos donde la hipermedicalización de la vida se observa como una constante en crecimiento, que el sujeto de atención no solo está conformado por un cuerpo afectado, sino que, junto a ese cuerpo biológico, viene acompañado un sujeto-persona que padece no solo la enfermedad sino también la experiencia de enfermar.

Las temáticas propuestas se construyen alrededor de ese eje, con la intención de recuperar y poner de relieve el valor del cuidado humanizado.

Esperamos que ustedes disfruten esta producción al igual que lo hemos hecho nosotros.

Mg. Ana María Heredia
Directora de la Revista “Territorios del Cuidado”

CORREO DEL LECTOR

Un mensaje a los lectores de “Territorios del Cuidado”

En este apartado nos hemos propuesto abrir un canal de comunicación entre el Consejo Editorial de la revista y nuestros lectores. La idea es compartir sus reflexiones, miradas y aportes sobre los artículos publicados o sobre alguna temática que deseen que desarrollemos.

Consideramos que sus comentarios constituyen insumos valiosos en lo que respecta al crecimiento de la revista y a la disciplina en general.

Desde un marco de respeto por la diversidad de opiniones y enfoques, los invitamos a escribirnos.

Mail de contacto: enfermeria@unq.edu.ar



Los Procesos de Profesionalización de la Enfermería: Reflexiones a tiempo...

RESUMEN:

El artículo se propone realizar un aporte al análisis acerca del proceso de profesionalización de enfermería en Latinoamérica y Argentina, a fin de trazar trayectorias y señalar antecedentes que permitan hacer visibles las tensiones que han gravitado y gravitan en la actualidad en su desarrollo.

En el plano nacional interesa, sobre todo, resaltar el momento de aparición de la carrera en el ámbito universitario, poniendo el énfasis en los contextos históricos en los que surgió.

El análisis presentado indaga en la relación Universidad -Estado- Sociedad, y el papel de cada uno de ellos, especialmente, en la década de 1950, en la que se inicia el proceso de incorporación de las carreras de enfermería al ámbito universitario. Interesa mostrar cómo la expansión administrativa del Estado y de las universida-

des, así como el empuje propiciado por organismos multilaterales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el apoyo financiero de las Fundaciones Rockefeller y Kellogs fueron definiendo la trama que hizo posible el surgimiento de las carreras universitarias de enfermería.

A su vez, consideramos que estos procesos tendientes a propiciar mayores grados de formación, a los que la enfermería ha denominado “procesos de profesionalización”, habilitan la posibilidad de problematizar el propio concepto de “profesionalización” en cuanto a los alcances que desde el campo disciplinar se le ha asignado al término en distintos momentos históricos, que pueden ser rastreados a partir de la década de 1940 en adelante y que, según se observa, ha resultado en lo que puede considerarse una sobreutilización del término.

Palabras clave: profesionalización, enfermería, educación, salud.

1- Ana María Heredia es profesora titular y Directora de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes. Departamento de Ciencias Sociales. Dirige el Proyecto de investigación orientado por la práctica profesional “Los Procesos de Profesionalización de Enfermería en la Provincia de Buenos Aires en el período 2006-2015”. Karina Espíndola es Licenciada en Enfermería (UBA), antropóloga Facultad de Filosofía y Letras UBA y co dirige el proyecto.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo propone el encuentro entre distintos campos de estudio: el de las profesiones, la enfermería, la educación y el del estudio de las políticas públicas. Condensa cuatro décadas de trabajo de investigación que la actual Directora de la carrera Licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes viene desarrollando desde distintas perspectivas, relacionadas principalmente, con el enlace entre el mundo académico y el mundo laboral. El amplio abanico de estudios incluye tanto el marco de las políticas públicas, para dar cuenta de la escasez de enfermeros, como de los perfiles y tendencias en la enseñanza y el aprendizaje de la profesión, desde la década de 1940 hasta la actualidad, en Latinoamérica y Argentina que incluye un análisis sobre las diversas dinámicas con que se han desarrollado las prácticas pre-profesionales durante la formación, incluyendo, por supuesto una exhaustiva indagación de los diversos procesos de profesionalización (en todas sus acepciones) llevados a cabo tanto a nivel nacional como provincial.

El artículo se organiza en varias partes, en primer lugar, presenta aspectos relacionados con el surgimiento, entre fines del siglo XIX y principios del XX, de la formación institucionalizada de enfermeras en Latinoamérica, en el marco de la conformación de los Estados-nación y del lento proceso de secularización del cuidado. El segundo tema que se aborda pone el foco en el surgimiento de las carreras de enfermería en el ámbito universitario nacional, señalando los aspectos más relevantes de dicho surgimiento a partir de la década de 1940, en principio, como un hecho aislado y luego, a partir de la siguiente década, como un fenómeno más generalizado en todo el ámbito nacional.

Es interesante señalar que la incorporación de las carreras de enfermería al ámbito universitario coincide con el surgimiento en estos espacios de otras carreras relacionadas con la salud, como odontología, nutrición, farmacia, kinesiología, fonoaudiología y obstetricia. En

este sentido cabe destacar que en nuestro país, estas profesiones relacionadas con el campo de la salud pero distintas de la medicina, se fueron incorporando al ámbito de la formación académica siguiendo diversas trayectorias: algunas muy dependientes de la medicina aún hasta hoy, otras se han separado en tensión o con fuertes disputas de poder, como es el caso de los farmacéuticos, y otras han logrado separarse muy tempranamente en función de su reconocimiento como saber especializado y técnico, como el caso de la odontología. No obstante, en términos generales, cada una de ellas comparte una misma tensión: la de surgir subsumidas, subsidiarias y subalternas a la corporación médica y en permanente tensión con ella. Consideramos que el fuerte componente de género en alguna de estas profesiones, de alguna manera ha incidido sobre su desarrollo y autonomía, tal es el caso de enfermería, nutrición, obstetricia y fonoaudiología.

González Leandri (González Leandri R. 2000) señala que hacia fines del siglo XIX y principios del XX la recientemente conformada corporación médica ya había logrado colocar la figura del «personaje médico» en el centro de la escena político-social. El autor señala que en ese momento se afianza un dispositivo médico-ideológico surgido a partir de la conformación de un entramado médico institucional; un complejo y muy articulado dispositivo institucional y discursivo de intervención «moral» sobre los sectores populares que permitió a los médicos abarcar un muy amplio espectro de cuestiones. La enfermedad empieza a ser vista como una «cuestión o problema social». Se sostiene que durante las décadas de 1870 y 1880 la figura del médico se ligó en forma más sistemática a lo «social». La alarma acerca del crecimiento urbano y de los sectores populares incidió en ese mayor acercamiento de los médicos a ciertas problemáticas sociales. El reacomodamiento que se produjo en sus estratos más altos con la creación de la nueva Facultad y de la Academia y la emergencia de organi-

zaciones científicas y corporativas. (González Leandri 2000)

Según el mismo autor, en su afán por liderar la construcción de la «Medicina Nacional» y adquirir poder, prestigio y trascendencia, tales formaciones e instituciones buscaron el apoyo y consolidaron alianzas con políticos, funcionarios y altos representantes estatales. Este gesto se combinó a su vez con el nuevo matiz que había adquirido el acercamiento médico a los poderes públicos y autoridades locales durante las epidemias de 1871 y 1874. Poco a poco la aproximación entre la corporación médica y el Estado fue perdiendo su carácter esporádico, debido además, a un nuevo impulso proveniente de la coyuntura político-sanitaria internacional, cuya principal consecuencia fue el notorio incremento de conferencias y tratados. Además de intentar dar repuesta a problemas sociales y sanitarios, los jóvenes estados necesitaban también contar con representantes y «traductores» intelectuales. (González Leandri 2000)

Este nuevo vínculo que comenzaba a forjarse no fue un hecho aislado, sino que formó parte de un proceso más general de la sociedad no solo en Argentina sino también en toda América Latina e incidió fuertemente en la conformación y desarrollo de las otras profesiones relacionadas con la salud. Sobre esta plataforma de poder, se asentaron con distintas articulaciones, las demás profesiones relacionadas con la salud señaladas precedentemente.

Fue recién a partir de la década de 1950, en el marco de la expansión Estatal y la división o especialización del trabajo, así como de las transformaciones sociales que incluyeron la incorporación de la mujer en el ámbito del trabajo y los avances científico- tecnológicos, que el resto de las carreras relacionadas con la salud comenzaron a incorporarse al ámbito universitario, algunas de las cuales, ya funcionaban como cátedras

dentro de la carrera de medicina mientras que otras realizaban su formación en escuelas terciarias.

El surgimiento de la formación institucionalizada de enfermeros en América Latina

Según Verderese, la preparación formal de enfermeras en América Latina se inicia conjuntamente con la conformación de los Estados- Nación a fines del siglo XIX y principios del siglo XX. En 1890 se crea en la Argentina la primera escuela de enfermería, en Cuba en 1900, en Chile en 1905, en México en 1907, y en Uruguay en 1912. Es interesante notar que en estos países existía ya una actividad manufacturera incipiente y pequeños núcleos fabriles. En 1923 se crea la primera escuela en Brasil, bajo el Ministerio de Salud y los auspicios de la Fundación Rockefeller, con el objetivo principal de preparar enfermeras para los servicios de salud pública. (Verderese 1979)

En grandes líneas, la creación de escuelas de enfermería coincide con el desarrollo de la medicina estatal y la incorporación de la atención médica-cuidado de la enfermedad individual -como atribución del Estado. Hacia fines del siglo XIX comienza, entonces, una lenta transferencia de enfermería de las congregaciones religiosas a las manos laicas y al control estatal de sus servicios.

A partir de la década del 40', se inicia en América Latina un proceso de industrialización que va a demandar el desarrollo de la atención médica a fin de atender los problemas de enfermedades profesionales surgidas en el trabajo industrial. Esta situación impulsa el desarrollo de la industria hospitalaria que entre 1940 y 1960 tiene un crecimiento vertiginoso. La atención médica también asume distintas modalidades, de acuerdo con los grupos de población a la que se destina: de los grupos urbanos y con capacidad de pago se hará cargo la práctica médica privada; de la clase obrera se hace car-

go el Estado a través de las instituciones de Seguridad Social, las que son creadas en este período. El Ministerio de Sanidad asume la responsabilidad por la población desprotegida (desempleados, campesinos y peones) que, dada la modalidad de desarrollo "marginalizante" es cada vez más numerosa. Los antiguos hospitales de caridad y los de beneficencia son transferidos a los Ministerios de Sanidad o pasan a ser subvencionados por estos. (Verderese 1979)

Los avances científicos de la medicina, la sofisticación de la atención médica, también estimularon tanto el crecimiento numérico como la preparación técnica del personal de enfermería. Un ejemplo de ello, lo constituye el surgimiento de las unidades de cuidados intensivos en los años 50'-60', debido a los avances de la Medicina y de la técnica en general, que hacían posible revertir situaciones clínicas críticas hasta entonces irreversibles: como los primeros respiradores (1954), los sistemas de circulación extracorpórea (1952) e hipotermia (1953), el primer desfibrilador externo (1956), los catéteres venosos centrales y/o el uso extensivo de antibióticos.

Esta evolución se concretó en dos modelos de desarrollo, uno derivado de la necesidad de ventilación mecánica surgida en la epidemia de poliomielitis que en esa década afectó especialmente a los países del Norte de Europa y Norteamérica y que produjo numerosos casos de insuficiencia respiratoria aguda secundaria. Y un segundo modelo determinó la creación de unidades específicas para enfermos coronarios.

Las primeras unidades de cuidado intensivo surgen en América Latina a finales de la década de 1960 y comienzos de los años 1970. El cuidado intensivo ha tenido una gran importancia en Latinoamérica, es así, que la primera unidad de cuidado intensivo adulto en la región, se registra en el año 1956 en Argentina, y desde entonces, ha tenido un desarrollo enorme en toda el área.

No se conoce el número de enfermeras que trabajaban en América Latina antes de 1949; pero un estudio realizado a través de la OPS en ese año señala que por cada 5 enfermeras que trabajaban en los hospitales había 1 que lo hacía en el área de la salud pública. (OPS 1962.)

Escuelas de Enfermería y número de estudiantes en la América Latina, por organismos de los que dependen, 1959.

Organismo	Escuelas		Estudiantes	
	F	%	F	%
Total	95	100%	5.625	100%
Universidad	30	31,6	1927	34,2
Ministerio de Salud	19	20,1	1400	24,9
Grupo religioso	16	16,8	574	10,2
Hospital Particular	10	10,5	344	6,1
Cruz Roja	6	6,3	220	3,9
Estado o Municipalidad	5	5,3	269	4,8
Fuerzas armadas y policía	3	3,1	262	4,7
Otros Organismos	6	6,3	629	1,2

Fuente : OPS 1962

Tampoco existen datos precisos referentes al número y tipo de escuelas existentes con anterioridad a 1949; sin embargo, se conoce que fue durante la Segunda Guerra Mundial cuando se intensificó en América Latina la creación de escuelas de enfermería: siete países establecieron escuelas por primera vez en este período y otros aumentaron su número. Brasil contaba sólo con dos escuelas hasta 1933, en la década de 1940 se crearon 23 nuevas escuelas y en 1951, el país contaba con 25 escuelas, de las cuales ocho estaban integradas a las universidades (OPS 1959.).

En 1959 la OPS publica los resultados de un relevamiento de escuelas de enfermería en el período 1949

y 1959, señalando que durante ese período se dio una duplicación en el número de escuelas, así como también un aumento de la escolaridad exigida para el ingreso. En 1949 el 61% de las escuelas exigía de nueve a 12 años de escolaridad; en 1959 el 91% de ellas exigía ese requisito. Estos datos, per se, confirman la afirmación de que los servicios de enfermería demandaban un personal mejor preparado. (OPS 1962)

Paralelamente con el aumento de los requisitos de escolaridad, los currículos de las escuelas se fortalecieron e incorporaron la enseñanza y experiencias en las áreas de salud pública y enfermedades transmisibles.

Cuadro 1. Número de escuelas en 1949 y 1959, y años de estudio requeridos para el ingreso.

Años de estudio requeridos para el ingreso	No. de escuelas	
	1949	1959
De 6 a 8 años	18	9
De 9 a 10 años	24	61
De 11 a 12 años	10	25
Total	52	95^a

^aExistía un total de 110 escuelas, pero 15 no participaron en la encuesta.
Fuente: OPS/OMS (12).

A pesar del aumento de las escuelas de enfermería, el número de aspirantes a esa carrera creció muy lentamente como consecuencia, aparentemente, de un mercado de trabajo que nunca llegó a valorizar la labor de la enfermera. Los presupuestos para enfermería eran tan bajos, tanto en el área hospitalaria como de salud pública, que no estimulaban a seguir la carrera. Es así como la fuerza laboral de enfermería pasa a ser constituida esencialmente por personal auxiliar. (Verdere 1979).

Los avances en el campo de la medicina y la importancia atribuida a la educación en los decenios de

1950 a 1960 -cuando se considera a la educación como uno de los principales instrumentos para la modernización y se concede gran importancia al tipo de mano de obra altamente especializada- la educación de enfermería se incorpora definitivamente al sistema educacional y se incrementan las especializaciones en el campo de enfermería. La formación de enfermeras pasa a formar parte del sistema de educación superior; se establece un nivel intermedio, dentro de la educación secundaria (técnicos en enfermería) y los cursos de auxiliares son reestructurados y en muchos países pasan al sistema educacional.

En 1970 existían en América Latina 257 escuelas de enfermería, 124 de las cuales exigían como requisitos de ingreso estudios preuniversitarios (12 años de escolaridad) y 133 exigían el primer ciclo secundario (9 años). De estas escuelas, 73 estaban en las universi-

dades. El número de escuelas de enfermería a nivel de educación superior, que en 1949 representaba el 19% de las escuelas existentes y en 1959 el 26%, en 1970 alcanza casi el 50% (OPS 1972).

Máxima, mínima, mediana y cuartiles de la distribución de tiempo dedicado al plan de estudios total, a la enseñanza teórica y práctica en escuelas de Enfermería de la América Latina, 1959.

Valores	Distribución		
	Total Horas	Práctica	Teoría
Máximo	7875	7012	2270
Tercer cuartilo	5045	3912	1384
Mediana	4052	2880	1092
Primer cuartilo	3611	2496	969
Mínimo	2066	1224	403

Fuente: OPS 1959

Una década más adelante, iniciada la década de 1980, Passos Nogueira y Brito (1986) plantean que para analizar el desarrollo laboral y especialmente la composición interna de la fuerza de trabajo en salud se puede pensar en una pirámide con tres segmentos horizontales. Forman parte del vértice todas las categorías de formación universitaria, en el medio se ubican los técnicos y auxiliares y en la base, los profesionales no calificados y con bajo nivel educacional. Passos Nogueira y Brito (1986) señalan que este modelo tiene su utilidad, pues permite detectar situaciones que son nítidamente anómalas como sucede en la Argentina donde todo el personal de enfermería sumado no supera al 72% de los médicos, según el censo de 1980; pero también señala que la pirámide para esa época tiene una base constituida por personal de escasa calificación. (Passos Nogueira R. y Brito P. 1980).

La década de 1980-1990' se caracteriza por el avance del neoliberalismo en toda Latinoamérica. La

desregulación financiera, la descentralización de la salud y la educación, el retroceso del Estado de su rol de garante de los derechos de los ciudadanos y el avance del sector privado son algunas de las características principales de este período. Velandia Mora (2001) señala que, en este periodo, se instala un proyecto neoliberal mundial de reorganización de las sociedades que entendía, que la salud constituía un bien privado y podía ingresar en el mercado como un bien de cambio. Se trataba de separar, en el sector salud, el financiamiento —que debía ser privado, de la acción (que debía ser mixta) y de la regulación del sistema — que le correspondía al Estado.

Castrillón (2006) también realiza un análisis exhaustivo de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina durante la década de los 90'. La autora analiza la composición y dinámica de la fuerza de trabajo señalando en primer lugar, que está dada por la oferta y la demanda. Los factores relacionados con la oferta de

profesionales de enfermería son: número de aspirantes a la formación universitaria, ingreso y egreso en la formación de pregrado, disponibilidad y oferta de posgrados, reglamentación y control del ejercicio profesional; procesos de certificación y recertificación. Los factores relacionados con la demanda son: la organización del sector salud; la oferta de empleos y la distribución territorial e institucional; las formas de contratación; los sistemas de remuneración y los estímulos. En este sentido, la fuerza de trabajo en enfermería estuvo estructurada en esa época, en niveles de formación diversos, con títulos variables entre países y predominio de mujeres. El Estado fue el mayor empleador hasta las reformas sectoriales de los años 90' cuando comenzó a presentarse un movimiento hacia las instituciones privadas. Según la misma autora, desde la década de los ochenta del siglo XX, predominó la práctica curativa en hospitales urbanos y el empleo de enfermeras en instituciones públicas. En los inicios del Siglo XXI se observa escasa participación de estos profesionales en el primer nivel de atención.

Cabe señalar que la mayor absorción de las y los enfermeros por las instituciones públicas, ha sido la característica histórica en el mercado de trabajo en salud y ha sido afectado por las políticas de ajuste que se implementaron durante la década de los noventa y que se caracterizaron por la reducción del gasto público, particularmente en los sectores sociales y que afectaron el empleo público en general y el de los enfermeros en particular, así como sus salarios, promoviendo el subempleo y multiempleo.

La formación en enfermería en el ámbito universita-

rio nacional.

Como ya se señaló, y al igual que otras disciplinas del campo de la salud, la formación de enfermeros argentinos surge fuera del espacio universitario y lentamente se va incorporando a él, aunque es importante destacar que, aún en la actualidad, ambos espacios de formación (extra e intra-universitario) conviven, con distintas intensidades de articulación entre ellos.

Desde una perspectiva histórica, se pueden señalar algunos hechos relevantes en el proceso de construcción de la disciplina a lo largo de la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad que, por supuesto, impactan sobre la formación.

Las primeras universidades que implementaron la carrera de enfermería fueron la Universidad Nacional del Litoral y la Universidad Nacional de Tucumán. La Escuela de Nurses de la Universidad Nacional del Litoral fue creada en 1939 (Resolución CS 561/39) y la Escuela de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tucumán en 1952.

La resolución n° 561/1939 del HCS de la Universidad Nacional del Litoral de la “Escuela de nurses” aprobó el Reglamento y plan de estudios de la Escuela de Nurses de la Facultad de Ciencias Médicas, Farmacia y Ramos Menores, que dependía de la Universidad Nacional del Litoral, según criterios internacionales de tres años de duración y con exigencia para el ingreso de estudios secundarios completos, igual que para las otras carreras. La fundación Rockefeller brindó materiales y becas para perfeccionamiento en el exterior mediante un convenio tripartito entre la Fundación Rockefeller², la Facultad y el Ministerio de Salud Pública de Santa

2-Armus D. y Belmartino S. (2001) pag 291. Señalan la presencia de la Fundación en nuestro país desde 1910.

“Entre 1916 y 1935 la campaña antipalúdica enfatizó en el masivo uso de la quinina como terapéutica específica y las obras de desagües como modo de reducir la densidad de mosquitos que, ya se sabía, eran los causantes y vectores de la enfermedad. Lo que todavía se mantenía como una incógnita era el tipo de mosquito anofeles que afectaba la región... Fue en ese contexto cuando comenzó a hacerse sentir la influencia norteamericana en cuestiones sanitarias, reafirmando una tendencia hegemonizante ya indudable en otras esferas de la vida nacional. Entre la década de 1910 y la de 1930 la Fundación Rockefeller desplegaría sobre América Latina recursos técnicos y financieros y una firme convicción por promover campañas contra enfermedades que, se pensaba, eran fáciles de erradicar, tratar y controlar. Impulsaron entonces programas de corto plazo y poca inversión en infraestructura sanitaria que apostaban a difundir estrategias no tanto preventivas o de mejoramiento general de las condiciones de existencia sino esfuerzos curativos y modos de control técnico. Las enfermedades que demandaban iniciativas más generales, más largas o más complejas, no estaban jerarquizadas en su agenda para la región. Así, en 1925 el Departamento

Fe. La escuela funcionó en las instalaciones del Hospital Centenario de Rosario y su plan de estudios seguía los lineamientos generales de la Asociación de Enfermería Americana.

En el caso de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Tucumán, ésta tiene sus orígenes en la Escuela de Higiene creada en 1945 como una dependencia del Rectorado (Expte. N°: 6176-F-943). En el Art.2-inciso B- se hace referencia explícitamente a que la intención primaria de la autoridad universitaria era preparar enfermeros en base a las normas aconsejadas por el Consejo Internacional de Enfermeras (C.I.E). En el año 1952 el Curso de Visitadoras de Higiene se transforma en Carrera de Nurses y Visitadoras de Salud Pública. En 1963, la Facultad de Medicina solicita que la anterior Escuela de Higiene sea transformada en Escuela de Enfermería y que su dependencia sea de ese Decanato. La dirección estaba a cargo de una Nurse o Enfermera Universitaria.³

En la misma época, se crea en 1956 la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba; en 1960 la Escuela de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires y en 1968, la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario.

Durante la década del 70' se consolidaron las escuelas de enfermería universitarias en los grandes centros urbanos y se crearon carreras de Enfermería en Corrientes, Salta, Misiones y Santiago del Estero.

La Escuela de Enfermería Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones, se crea en 1974 como novena unidad académica, especificándose en la Resolución de su creación, su carácter de Terciaria. Por convenio con la provincia, se dictó en el Hospital Dr. R. Madariaga, utilizando las salas de internación y quirófanos como ámbitos de trabajos prácticos y aulas para el dictado de las clases teóricas. Se estimó la duración de la carrera para Enfermera General dos años y medio, con un año más para especializarse en distintas disciplinas médicas –anestesiastas, transfusionistas, instrumentistas, especializadas en neonatología, pediatría, geriatría, y/o cirugía.⁴ La Licenciatura de enfermería de la Universidad Nacional de Misiones fue creada en 1982 en el ámbito de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales.⁵

Por su parte, en relación al surgimiento de enfermería en la Universidad Nacional de Salta, es de destacar que, en 1973, la UNSa resolvió la incorporación de la Escuela Provincial de Enfermería-Dr. Eduardo Wilde- a su actividad académica mediante convenio Ley N° 4555/73 entre el Gobierno de la Provincia y la Universidad. La creación de la carrera de Enfermería y la aprobación de su plan de estudios se realizó a través de la Resolución N° 725/74. Con el plan de estudios aprobado, se podía obtener el título de Enfermero Universitario que habilitaba para el ejercicio de la profesión. Mas adelante, con el cursado de dos años más y la realización de una tesis, se lograba el grado de Licenciado en Enfermería.⁶

Nacional de Higiene firmó un convenio de cinco años de duración con la Fundación Rockefeller destinado al estudio y control del paludismo en Tucumán, Salta y Jujuy. En el marco de este convenio, cofinanciado, se crearon laboratorios, se facilitó —al tiempo que se afirmaba la presencia del Estado federal— cierta descentralización de la lucha antipalúdica desarrollando instancias ejecutivas a nivel provincial y regional, se avanzó en la construcción de obras de infraestructura básica para la desecación de pantanos, se capacitó y entrenó personal no médico y, tal vez lo más importante, se logró empezar a difundir en la sociedad el tema de la salud en el campo.”

3- Informe de Autoevaluación. Carrera de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán. 2010.

4- Lozano, Raúl Justo. Trozos de historia de la Universidad Nacional de Misiones” – Cicero Impresiones – Corrientes, Argentina. 31/jul/1986

5- Resolución de Acreditación 924/10. Acreditación de Calidad Académica MERCOSUR de carreras universitarias. Sistema ARCU-SUR- Red de Agencias Nacionales de Acreditación (RANA)

6- Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta. Disponible en: <http://fsalud.unsa.edu.ar/salud/descargas/revista/REVISTA2.pdf> [consultado mayo 2015]

También es interesante señalar que la UNSA, que fue creada en 1972, en la postrimería de la dictadura militar que abarcó el periodo 1966-1973 -contexto del Plan Taquini, se organizó en un primer momento bajo la modalidad de unidades académicas, pre-existentes desde la década del cincuenta y hasta entonces dependientes de la Universidad Nacional de Tucumán y fue reformada en 1980 pasando a organizarse por sistema de facultades.

En la provincia de Corrientes, se crea la escuela de enfermería dentro del ámbito universitario en 1970, en base a lo establecido en el inciso e) artículo 26° del Estatuto de la Universidad Nacional del Nordeste y Concordantes, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 56° inc. h) y 77° inc. c) de la Ley Universitaria N° 17245, con fecha 1° de septiembre de 1970 se firma un Convenio entre los Ministros de Bienestar Social de las Provincias de Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones, el Coordinador Sanitario Regional y el Rector de la Universidad Nacional del Nordeste, "a fin de posibilitar la creación de la Carrera de Enfermería Universitaria en el Nordeste". El Consejo Superior de la Universidad Nacional del Nordeste, por Resolución N° 7/70-C.S. del 25 de septiembre de 1970, crea la Carrera de Enfermería Universitaria dependiente de la Facultad de Medicina y aprueba el Convenio mencionado, así como sus anexos en los que se detallan la participación financiera de cada una de las partes signatarias, así como Planes de Estudios y Reglamentación General de la Carrera.

La Carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Santiago del Estero fue creada en el año 1976 a través de un Convenio entre la Universidad y la Subsecretaría de Salud Pública de la provincia, aprobado por Resolución N° 217/77 del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. El plan de estudios de la carrera "estuvo orientado especialmente hacia la

capacitación para el cuidado de pacientes en las clínicas: médica, quirúrgica, obstétrica, psiquiátrica, y pediátrica". en ese momento la carrera tenía una duración de 2 años y medio. En el año 1980 se modifica el Plan de Estudios extendiéndose la Carrera a tres (3) años. El plan entró en vigencia en 1981.

Así, entre las décadas de 1960 y 1970 inclusive (y a pesar de los cambios violentos de régimen político), el Estado mostró su rol en la definición de las políticas en materia de financiamiento y diseño curricular de la educación superior y universitaria en particular. También ejerció su papel de orientación de la expansión de la educación de nivel superior y universitaria privada en todo el país, dedicada de modo excluyente a la formación profesional. La década de 1960 y la siguiente estuvieron ligadas directamente al "eficientismo y la optimización de los recursos humanos". La formación y la capacitación estuvieron orientadas a dotar de recursos humanos apropiados a la división técnica del trabajo. Es en este contexto donde surge la formación de auxiliares de enfermería; se establecen planes que, por una parte, estaban dirigidos a esta nueva categoría de personal y por otra, a formar enfermeras orientadas hacia la supervisión (Planes: "Argentina 25" (1960-1965) y "Argentina 6301" (1965 a 1969).

Aquí es necesario realizar algunas aclaraciones. En primer lugar, cabe destacar el papel desempeñado por las carreras universitarias de enfermería en este momento en función de la activa participación que tuvieron en el desarrollo de la enfermería argentina. Dicha participación significó una "nivelación para arriba", sobre todo teniendo en cuenta que hasta ese momento las instituciones terciarias que formaban enfermeros no exigían estudios secundarios para acceder a la carrera, mientras en las universidades ese era un requisito obligatorio. Estas carreras también participaron activamente en la problemática por la sobredimen-

sión observada en la formación de auxiliares. La composición de la fuerza de trabajo de enfermería en Argentina era en 1979 de 64.691 agentes, cuya distribución por nivel de formación era: 0,44% de Licenciadas, 24,8% de Enfermeras, 38,2% de Auxiliares en Enfermería y un 36,4% de personas sin ningún tipo de preparación formal. (Heredia A.; Espindola K. 2014)⁷

Cabe señalar que la formación de auxiliares de enfermería se dio en Argentina por recomendación de organismos internacionales y de acuerdo a la experiencia de los Estados Unidos. Esto hace posible ver el peso que tienen los distintos contextos históricos en las decisiones de política educativa. Nótese que en EEUU la formación de auxiliares tenía como requisito estudios secundarios completos y una duración de dos años. Asimismo, dada la relación existente entre los auxiliares y los enfermeros fue posible delimitar una clara división técnica del trabajo entre ambos, quedando el auxiliar bajo la supervisión de los enfermeros. Es de resaltar que la cantidad de enfermeras de EEUU en ese momento era suficiente como para garantizar las actividades indelegables. En nuestro país, por el contrario, la apertura del curso de auxiliares de enfermería se sobredimensionó de tal manera que llegaron a representar el 62% de todo el personal de enfermería del sistema público de salud.⁸ Este hecho es importante ya que permite concluir que durante décadas, el sistema público estatal de salud estuvo sostenido por personas que en el abanico de posibilidades de formación, poseían la menor. (9 meses).

En este sentido es interesante destacar la participación de enfermeras referentes del ámbito universitario, en la definición de la Resolución Ministerial 35/69 que estableció los planes de estudio y los requisitos de

las carreras terciarias así como también de los contenidos para el plan de estudios de los auxiliares.

Otro aspecto que resulta relevante se relaciona con el modelo “pedagógico” sobre el cual se sustentó la enseñanza de enfermería. En términos generales, el análisis documental muestra que el proceso de formación académica entre 1950-1980, se sustentó en el modelo de taxonomía de dominios de aprendizaje de Bloom, muy utilizada por docentes en todo el mundo para establecer objetivos de aprendizaje que luego facilitarían la evaluación de las técnicas y procedimientos y sobre todo de las prácticas.

A su vez, de modo general, el perfil propuesto en los planes de estudio respondía a un modelo sanitario lineal, asistencialista, donde el hospital se constituía en el referente casi exclusivo para la formación de los estudiantes. Este enfoque biomédico y centrado en la persona enferma domina el área cognitiva y empírica del proceso enseñanza aprendizaje, que, por otra parte, era el modelo dominante en la formación de enfermeros en toda América Latina hasta entrada la década de 1980.

Con el retorno de la Democracia en el país a partir de 1983, se volvió a instalar el debate acerca de la situación de la fuerza de trabajo en Enfermería. La preocupación se debía a que, de acuerdo a un análisis sobre su composición, se constató que el 75% de las prestaciones de salud que enfermería ofrecía a los usuarios, estaba a cargo de personas con una mínima formación. (Heredia A. Espindola K. 2014)⁹

La década de los 90' marca una impronta de expansión en las ofertas de formación de enfermería, con la sanción de la Ley de Educación Superior 24.521 y la sanción de la ley nacional de ejercicio profesional de la

7- Heredia Ana María; Espindola Karina. *Escasez de enfermeros: Algunas reflexiones en torno a la construcción del “problema social” y los sentidos de las políticas públicas. Revista Territorio del Cuidado. Octubre 2014. Pág. 18.*

8- Heredia, Ana María. *Escasez de Enfermería: Algunos Datos. 2008. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización. Ministerio de Salud de la Nación. Material Inédito.*

9- *Ibidem* 7

enfermería 24.004, que produjo una expansión de instituciones privadas y diversificación de la oferta de las universidades públicas imprimiendo así una marcada heterogeneidad en la formación.¹⁰

Este período 1990-2000 se presenta en términos generales con formulaciones aisladas y por momentos contradictorias en términos de políticas públicas específicas para promover el desarrollo de la enfermería, con un marcado desacople entre la formación y el contexto nacional y global y un débil acompañamiento estatal en términos políticos y económicos. En la documentación publicada en este período, es evidente el débil respaldo de organismos estatales nacionales, así como también una diversidad de apoyos por parte de los organismos provinciales y de las instituciones educativas entre el financiamiento y la articulación con la ampliación y apertura de nuevos cargos así como también la recategorización de los egresados en el escalafón correspondiente. Algunas trayectorias particulares merecen ser señaladas como es el caso de los programas de desarrollo de las provincias de Chubut, Río Negro y la provincia de Buenos Aires con los primeros profesionales nacidos y formados en la región.¹¹

A partir del 2003 se observa un conjunto de transformaciones en el contexto nacional educativo que va a incidir marcadamente sobre la formación de enfermeros. La formulación de la ley de financiamiento educativo 26.075, destinando el 6% del PBI a la educación, la ley de educación técnica 26.058, la resolución 07/07 de la tecnicatura superior en enfermería y en el caso particular

de la Provincia de Buenos Aires, el Programa Provincial de Desarrollo Integral de Enfermería “Eva Perón” aprobado por Resolución Ministerial n°640/09, permite inferir que el cambio en el rumbo político, visible en este conjunto de políticas educativas, generó las condiciones necesarias para re impulsar la preocupación por la escasez de enfermeros y transformarla en una ocupación instalada de forma abierta en la agenda de gobierno. (Heredía A. Espindola K. 2014)¹²

Algunas reflexiones sobre la “profesionalización” de la enfermería. Logros y desafíos a futuro

En primer lugar, interesa introducir una distinción entre “profesionalización” y “mayores niveles de formación” en la medida que éste último forma parte del primero, pero no lo contiene en su totalidad. Esta distinción resulta necesaria para no confundir procesos que son diferentes conceptualmente. La profesionalización implica no solo la formación, sino que siguiendo a González Leandri (González Leandri, 1999) requiere la consideración de las continuidades y rupturas en la construcción de una disciplina a fin de observar las estrategias específicas de poder en él subyacentes. Esto último se entiende no en un sentido reduccionista de acoplamiento lineal entre conocimientos y poder sino como una compleja articulación que facilita una mirada histórica subyacente a todo proyecto profesional.

González Leandri (2006) señala que en los últimos años, y a contrapelo de ciertas corrientes políticas e

10- Esto se produjo durante la etapa del neoliberalismo, caracterizada como la “década del auge neoliberal”, signada por las políticas de ajuste fiscal, privatizaciones de empresas del sector público, achicamiento del Estado y apertura de los mercados. Estas políticas marcaron el decenio con un aumento sin precedentes de la pobreza, la indigencia y la exclusión social producto de la concentración de la riqueza.

El sistema de salud argentino quedó fuertemente debilitado luego de la aplicación de estas recetas neoliberales. Las líneas maestras de esa política quedaron plasmadas en el documento “Invertir en Salud”, elaborado por el Banco Mundial en 1993. La propuesta del organismo multilateral consistía en restringir la actuación estatal a la prestación de un “paquete básico de salud” a los sectores más postergados. En los lineamientos señalados en el informe del Banco Mundial (Invertir en salud, 1993), podemos reconocer las políticas aplicadas: disminución del gasto social, focalización del gasto, descentralización, desregulación y privatización. En salud esto se reflejó en la reducción del presupuesto destinado a salud (así como a otros aspectos que hacen al bienestar social y que se relaciona directamente con el estado de salud de las poblaciones), la puesta en marcha de programas focalizados, financiados por los organismos internacionales (PROMIN, por ejemplo) –créditos blandos–; el traspaso de efectores nacionales a los ámbitos provinciales y/o municipales; la desregulación de las obras sociales, y privatización, que para los hospitales públicos significó la incorporación de procesos de autogestión, y para el ámbito privado el fortalecimiento de los seguros privados de salud.

11- Ibidem 9

12- Ibidem 7

ideológicas de abordaje tradicional del estudio de las profesiones, se ha ido consolidando una corriente que, partiendo de distintas perspectivas iniciales, propone revalorizar su papel social y su especificidad y, por tanto, dejar de analizarlo sólo como una arena donde contendientes sociales y económicos dirimen sus diferencias o como mero emergente del dominio de clase, para prestar atención, por ejemplo, en su articulación con el Estado nacional. Este enfoque permitió abrir un abanico muy amplio de cuestiones, entre ellas, la conformación de las profesiones en el marco del surgimiento de los Estados nacionales, o el impacto de las políticas públicas vinculadas, en este caso, con la escasez de enfermería. La influencia de esta nueva historia social en los estudios sobre los grupos profesionales se hace sentir también de manera importante en América Latina, en general, y en Argentina en particular.

El enfoque aquí presentado se suscribe al conjunto de estos "estudios socioculturales de la enfermedad" o "historia social de la salud y la enfermedad". Este nuevo campo de estudios, sin duda ofrece una oportunidad para la renovación de los estudios que se ocupan del complejo mundo de los profesionales del arte de curar. Efectivamente las nuevas maneras de estudiar la realidad social y la historia de la enfermedad, que intentan captar sus matices biológicos a la vez que culturales y sociales, se articulan a su vez con las propias transformaciones teóricas del estudio del "ideal profesional" (Armus D. 2002)

Siguiendo a Frederic S., Graciano O. y Soprano G. (2010) entendemos que este tipo de enfoque resulta relevante en la medida que pasa a considerar la relación Estado/profesión desde abordajes que analizan su inscripción en procesos históricos complementarios. Estos puntos de vista permiten establecer relaciones entre la historia de la legitimación social de las profesiones y de su configuración en diferentes ámbitos de

la sociedad, y su correspondiente reconocimiento y regulaciones estatales, y así se pasa a aceptar sus procesos de institucionalización y monopolización de saberes y prácticas e identidades singulares. (Frederic S., Graciano O. y Soprano G. 2010)

Para el análisis de los procesos de profesionalización de la enfermería esta perspectiva resulta útil en la medida que, como se ha dicho, el Estado históricamente ha sido el principal y mayoritario empleador de enfermeros no sólo en Argentina sino en Latinoamérica. Por ello es que una historia de las profesiones en Argentina remite y hace insoslayable el papel del Estado en su institucionalización y desenvolvimiento, que fueron aspectos constitutivos del proceso de modernización que experimentó la sociedad argentina entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siguiente.

El contexto actual de enfermería muestra una tendencia hacia mayores grados de formación. Hasta el 2015 existían 100 ofertas de enfermería en las universidades, de las cuales 62 corresponden a universidades estatales nacionales y 16 instituciones universitarias de gestión privada.

Un aspecto más que hace a la configuración del escenario de la formación de enfermeros se relaciona con la creación de 19 universidades que en su mayoría dictan la carrera. Este hecho resulta de suma relevancia en la medida que facilitó el acceso de 15.000 nuevos inscriptos por año estimándose para el 2015 un total aproximado de 66.000 estudiantes de enfermería. (Heredia A. 2016) También es de destacar que según datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina- Red de profesionales de la Salud, en el 2013 sobre un total de 179.175 enfermeros, el 11% eran licenciados (19.729), el 41% poseían un título intermedio de pregrado (tecnicatura en enfermería) (73.373) y el restante 48% era auxiliar de enfermería

(80.073).

Es decir que, observando todo el proceso en su conjunto, se nota una tendencia hacia mayores niveles de formación, de modo tal que se evidencia que se ha logrado revertir el peso del personal con menor formación en el esquema general de titulación. Lo que interesa señalar a propósito de este hecho, es que estos procesos resultan complejos y de muy lento andar. Nótese que después de treinta años de esfuerzos vinculados a la ampliación de la oferta, pública y privada, de la implementación de diversos programas de desa-

rrollo de la enfermería, de mayores posibilidades de acceso e inclusión, aún no resultan suficientes los logros. Será necesario reflexionar sobre la distribución de esos nuevos licenciados concentrados en los ámbitos urbanos y en los niveles de complejidad tecnológica más altos, como una forma para hacer visible la necesidad de que esos egresados con mayores niveles de formación lleguen a los centros rurales o suburbanos y también estén presentes en el primer nivel de atención, en los espacios de rehabilitación, de salud mental o de cuidado de la población adulta mayor que configuran desafíos pendientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Aceñolaza F. (2006) La Universidad Nacional de Tucumán en la década 1945-1955. Disponible en http://www.archivo.unt.edu.ar/attachments/059_ace%C3%Blolaza.pdf
- Agramonte del Sol A, Mena M F, Fernández García L, Cárdenas de Baños L, González Mendoza J. L. (2007) Limitaciones del Enfoque Cognitivo en la formación integral del profesional de enfermería. *Rev. Cubana Enfermer* [revista en la Internet]. Jun [citado 2014 Feb 20] ; 23(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000200004&lng=es.
- Armus, D. y Belmartino, S. (2001) “Enfermedades, médicos y cultura higiénica”, en Cattaruzza, Alejandro –director– Nueva Historia Argentina. Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943), Tomo 7, Sudamericana, Buenos Aires.
- Armus, D. (editor). (2002) Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna, Grupo editorial Norma, Buenos Aires, pp. 11-25.
- Belmartino, S. (1992). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. Disponible en <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3.pdf>
- (2000) “Desregulación/privatización. La relación entre financiación y provisión de servicios en la Reforma de la Seguridad Social en Argentina”. En: Hintze S. (comp.) Estado y Sociedad. Las nuevas reglas de juego. Volumen 3. Buenos Aires: Eudeba: 177- 201.
- Boletín de la Universidad Nacional del Litoral. (1927) Archivo Histórico de la UNL. n° Inv. 823. Año 1- Julio 1927. Tomo I. n°1
- Celis-Rodríguez E.; S. Rubiano. (2007) Desarrollo del Cuidado Intensivo en Latinoamérica. *Todo Hospital* marzo 2007/234 (97-100).
- Castrillón María Consuelo (2006). Los estudios sobre la fuerza de trabajo en enfermería de la región de las Américas. Ponencia presentada durante el X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería realizado en Buenos Aires Argentina. Disponible en <http://www.observatoriorh.org/esp/index.html> [Consultado febrero 2015]
- Dellamea A. B. (2014) 57 AÑOS DE LA FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA DE LA UBA. Fragmentos de su rica historia. Centro de Divulgación Científica. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Universidad de Buenos Aires.
- Espino, S. (1992) Desarrollo de Enfermería en la Argentina: La investigación como Medio para el Desarrollo de la Enfermería. Organización Panamericana de la Salud. Representación Argentina. Buenos Aires. Argentina.
- Follari, R. A. (2010) El currículum y la doble lógica de inserción (lo universitario y las prácticas profesionales). *Revista Iberoamericana de Educación Superior, Norteamérica*, 1, ago. 2010. Disponible en: <http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/51>. Fecha de acceso: 15 nov. 2010.
- Frederic S, Graciano O, Soprano G. (2010) Profesión, Estado y política. Estudios sobre formación académica y configuración profesional en la Argentina. En *El Estado Argentino y las profesiones liberales académicas y armadas*. Sabina Frederic, Osvaldo Graciano y Germán Soprano Coord. Pp 13-48. Ediciones Prohistoria. Rosario.
- Gaceta médica de México. (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. 147:451-454. Disponible en http://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n6/8_GMM_Vol_147_-_6_2011.pdf
- García Zeferino, E. Guillén D.C. Acevedo P. (2011) La influencia del conductismo en la formación del profesional de Enfermería. http://www.razonypalabra.org.mx/N/N76/varia/5a%20entrega/46_GarciaGuillenAcevedo_V76.pdf
- Gonzalez Leandri, Ricardo (1999) Las profesiones. Entre la vocación y el interés corporativo. Fundamentos para su estudio histórico, Catriel, Madrid.
- (1998) Autonomía y subordinación: Los farmacéuticos diplomados y la constitución de un campo médico en Buenos Aires (1852- 1880). *LLULL*, vol 21 pp63-88.
- (2005) “Madurez y poder. Médicos e instituciones sanitarias en la Argentina a fines del siglo XIX”, en *Entre pasados*, núm. 27, Buenos Aires, pp. 133-150.
- (2006) “Campos e imaginarios profesionales en América Latina. Renovación y estudios de caso”, en *Anuario IEHS*, núm. 21, Tandil, pp. 333-344

------(2000) “Miradas médicas sobre la cuestión Social. Buenos Aires a fines del siglo XIX y principios del XX” .Revista de Indias, 2000, vol. LX, núm. 219

Heredia,A.M. (1989) Tendencias de la Educación en Enfermería. Material inédito. Mecanografiado. Sin publicar.

----- (2002) Formar para transformar. Experiencia estratégica de profesionalización de auxiliares de enfermería en Argentina.1990-2000. OPS/OMS

----- (1995) Desarrollo de enfermería en Argentina. 1985-1995. Análisis de situación y líneas de trabajo. Publicación n°42 OPS/OMS.

Heredia, A.M.-Espíndola, K. (2013) Escasez de enfermería: una mirada desde las políticas públicas. Proyecto de investigación radicado en la UNQ.2011-2013.

------(2014) Escasez de enfermeros: Algunas reflexiones en torno a la construcción del “problema social” y los sentidos de las políticas públicas. Revista Territorio del Cuidado. Octubre. Pág. 18.

Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud. Banco Mundial (1993). Disponible online en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2010/08/31/0003333037_20100831011011/Rendered/PDF/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf [consultado junio 2016]

Informe de Autoevaluación. (2010) Carrera de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán.

Lozano, R. J. (1986) Trozos de historia de la Universidad Nacional de Misiones” – Cicero Impresiones – Corrientes, Argentina. 31/jul/1986

Malvárez SM, Castrillón MC. (2005) Panorama de la Fuerza de Trabajo en Enfermería en América Latina. Washington, D.C.:Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [Visitado 2015 septiembre 25]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ift26346.pdf>

Nájera R.M, Castrillón Agudelo M.C. (s/a) La Enfermería en América Latina. Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo- disponible en :[://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iDhQFTLI5wgJ:www.aladefe.org/index_files/docs/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.doc+&cd=11&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:iDhQFTLI5wgJ:www.aladefe.org/index_files/docs/articulos/la_enfermeria_en_america_latina.doc+&cd=11&hl=es-419&ct=clnk&gl=ar)

OPS/OMS (1962). Encuesta sobre las Escuelas de Enfermería de América Latina.1959. Washington DC. EEUU

Passos Nogueira R. y Brito P. (1983) La Fuerza de trabajo en salud. En Materiales de apoyo No 1. México: UAM-X: Área Educación y Salud. 1985. Trabajo presentado en el I Curso Internacional de Política y Administración de Salud para América Latina y el Caribe. Fundación Getulio Vargas. RevAdm Pública 1983 jul;17(3):61-70.

Velandia Mora, A.L. (2009) La Enfermería en Colombia. Análisis Sociohistórico. Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería. Lisboa, Portugal.

Verderese Olga (1979) Análisis de la Enfermería en América Latina. Educ Méd Salud, Vol. 13, No. 4 (1979)

Cecilia Grierson: las tensiones se condensan en la formación de “verdaderas enfermeras”

RESUMEN

El recorrido de la Escuela de Enfermería fundada por Cecilia Grierson (1886) se ve reflejado en su profuso material edito e inédito; y quizás donde se plasmó con mayor contundencia provocadora fue en la nota enviada al Director de la Asistencia Pública, Dr. José Penna, fechada el 9 de abril de 1906.

Esa nota de ocho fojas² y anexos nos permite disponer del registro, no solo del desarrollo cronológico de la institución de la pluma de su fundadora y directora, sino también conocer el pensamiento que regía el proyecto.

Las tensiones con las autoridades, los estudiantes, las otras escuelas de enfermería, las instituciones hos-

pitalarias, la propia enfermería y el permanente reclamo de reconocimiento del Estado para sí misma como pionera.

La misiva al Dr. Penna tuvo como objeto “exponer y solicitar” lo que estimaba injusto e injurioso. La tensión se hizo insostenible entre los actores que pugnaban por la supremacía de la formación de las enfermeras y sobre todo por la modernización sanitaria y el control estatal.

Grierson actuó y provocó el desenlace obligando a la Asistencia Pública a dirimir la disputa entre “su” Escuela y los hospitales, y a generar mecanismos de control sanitario y supervisión del ejercicio profesional.

Palabras clave: Cecilia Grierson - Historia enfermería argentina - Formación de enfermeras

1- Doctora en Comunicación (UNLP). Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social (UNLZ). Licenciada en Enfermería (UNR). Profesora Titular por concurso de las carreras Licenciatura en Enfermería y Licenciatura en Trabajo Social. Investigadora II. Directora del Grupo de Investigación “Promoción de la Salud” R. R. 469/95, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, y del Centro de Estudios Históricos de la Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Mar del Plata. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina bmorrone@infovia.com.ar

2- Se utilizan en citas textuales de las piezas mencionadas. Se transcribe respetando el texto original. En todos los casos se transcribieron respetando el modo de escritura de la época, inclusive los errores ortográficos y gramaticales que contienen. Las citas se transcribieron entre comillas y en letra cursiva.

LA ENFERMERÍA: SU PREOCUPACIÓN CONSTANTE

Las enfermeras y parteras, como el caso también de las maestras, fueron opciones ocupacionales para las mujeres en Argentina finisecular, “el cuidado cotidiano de los enfermos, así como la aplicación de las órdenes masculinas, más un salario bajo, la hicieron una tarea de mujeres para la comunidad de sufrientes. ¿Quién podía acudir al lecho de un doliente, cuidarlo noche a noche, limpiar sus desechos, brindarle los remedios e incluso consolarlo en los peores momentos, sino una mujer? La madre, entonces, extendía como en los otros casos su maternidad a todos los sufrientes”.³

A la República Argentina las ideas sobre la profesionalización de la enfermería y las posibilidades de ampliar un campo de acción, con visibilidad social y mejores condiciones de vida y de trabajo, llegaron de la mano de Cecilia Grierson poco antes de 1886.

Su concepto sobre la Enfermería esta resumido en la afirmación: “no basta buena voluntad, que es una especie de talento natural, para elegir ser enfermera, y menos aquella que lo hace por obligación (...)”.⁴

La propuesta contempló una educación sistemática, mixta, superior y laica. Incluyó tanto a mujeres como a varones, con la posibilidad de realizar también especializaciones en la Escuela. Este fue el escenario propuesto por Grierson para la formación de enfermeras y enfermeros, veinticinco años antes de la llegada del siglo XX.

A pesar de esto Cecilia es mayormente conocida por ser la primera mujer en obtener el título de médica en Argentina. Menos promocionada en los ámbitos de formación de la enfermería, su intensa participación desde muy joven en la esfera de la vida pública, cuasi vedada para las mujeres en esa época.

Luego de defender el 22 de mayo su tesis doctoral “Histero-ovariotomías efectuadas en el hospital de mujeres desde 1883 a 1889” en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de la Capital,⁵ recibió su título de Doctora en Medicina el 2 de julio de 1889.

Fundamentó la elección del tema de estudio doctoral y explicó las condiciones extraordinarias en las que pudo llegar a la experiencia que motivó su trabajo centrado en la indagación sobre la salud de las mujeres y la seguridad de la atención de los pacientes en los hospitales, ante padecimientos ginecológicos que requerían complejas cirugías con alta mortalidad.⁶ Incluye un estudio epidemiológico sobre la casuística de estas afecciones con una enfática descripción de las condiciones sociales y ocupacionales que padecían antes de ingresar al hospital, y además se concentra en amplias recomendaciones para disminuir infecciones y riesgos de contagio cruzado a partir de los cuidados dispensados.

Se hace necesario mencionar lo relevante del tema que Grierson abordó, guiada por su director de tesis el Dr. Mauricio González Catan,⁷ así como también para

3- Barrancos, Dora *Mujeres en la Sociedad Argentina, una historia de cinco siglos.* Editorial Sudamericana Buenos Aires .2007. pp. 50-51

4- Grierson, Cecilia.. *Cuidado de Enfermos* Imprenta Tragant .Buenos Aires 1912. p. 761

5- Para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirujía (sic).En su Tesis Doctoral figura Universidad Nacional de la Capital. En su título Universidad Nacional Buenos Aires.

6-Vale recordar que Lister pensaba "si son gérmenes microscópicos los que producen la descomposición de las heridas evitémoslos o destruyámoslos (...)". En el ácido carbólico o fénico fijó Lister su atención como agente destructor de los gérmenes o microbicida. Sin embargo, no fue el primero en utilizar esta sustancia en la cirugía. Ya que Lemaire la empleaba desde 1860, y el mismo Lister relata que debido a los buenos efectos que había producido en 1864, como desinfectante en los desagües de Carlisle, decidió ensayarla en la Enfermería Real de Glasgow.”

Véase Aval R., Enrique. *El método antiséptico de Lister y su introducción en Chile.* Revista Chilena de Infectología, Vol. 20, suppl., Santiago de Chile, 2003, pp.118-120.

7- El Dr. Mauricio González Catan (1823-1895) se graduó de Médico en el por entonces denominado Departamento de Medicina de la Universidad de Buenos Aires en 1845. Tenía solamente 22 años de edad y ejercía como Profesor de Cirugía y Partos. Su maestro fue Claudio Mamerto Cuenca, el médico que fue asesinado por las tropas de Urquiza dentro del Palomar de Caseros el 3 de febrero de 1852, cuando se encontraba atendiendo a los soldados federales de Rosas heridos en la refriega. Tres años más tarde, el 28 de noviembre de 1848 defendió su tesis “Disertación sobre la Coqueluche”, obteniendo el grado de Doctor en Medicina. En 1869 accedió al Congreso de la Provincia de Buenos Aires como diputado provincial (y presidente del mismo de 1870 a 1871). En 1871 renunció al Congreso para integrar el Congreso General Constituyente, de 1871 a 1873. Finalmente, como diputado de la Provincia de Buenos Aires integró el Congreso Nacional entre 1880 – 1884. En 1890 participó, conjuntamente con Mitre, en la fundación de la Unión Cívica, En el momento de la dirección de tesis de Ceci-

dimensionar su aporte, los adelantos de la medicina y el lugar asignado a la enfermería en el país en el recorte temporal 1883-1889.

Señala José María Trujillo que *“la llegada de ambas técnicas a la ciudad de Buenos Aires constituyó una verdadera transferencia científico-tecnológica, que se inscribió dentro de un marco más amplio de la historia de la ciencia y de la medicina, tal cual es la llamada “Revolución Pasteuriana”, en la segunda mitad del siglo XIX (...)”*⁸

La tesis además contiene en las primeras páginas una declaración desafiante ante un tribunal evaluador compuesto por varones dentro de la Facultad de Medicina: *“en conformidad con mi lema, un poco vulgar, “res non verba”, expondré simplemente lo que he visto, lo que he aprendido prácticamente. Antes de entrar en la materia, permitidme dos palabras, como primera mujer argentina, que sube á esta tribuna, quiero decir lo que siento; y que ello sirva de aliento á las que vendrán después.”*⁹

El ingreso de Cecilia en la Facultad de Medicina, escenario de la ciencia y exclusiva de varones, no fue fácil. Señalan Prado y Diez, *“debió presentar un recurso para lograr su admisión, hasta entonces vetada a las mujeres. Dado que para ingresar se debía rendir latín y sólo era enseñado en las escuelas para hombres, tuvo que prepararse durante un año para sortear esta exigencia. Este sistema operó como mecanismo de exclusión por falta de pre-requisito contra las mujeres que le precedieron. Una vez que aprobó, se mostró más evidente el acto discriminatorio contra la mujer. Para la aspirante Grierson era inaceptable que por su condición no se le permitiera estudiar, y este fue el*

argumento principal de su defensa escrita ante la UBA”.¹⁰

Años después, en un acto de homenaje ante su retiro jubilatorio, ella remarcó el obstáculo constante que por su género la obligo a litigar en el ingreso a la universidad, e inclusive la imposibilitó de acceder a la docencia universitaria a pesar de sus antecedentes, e incluso no efectivizar los concursos que ganó, *“las razones y los argumentos expresados en esa ocasión llenarían un capítulo contra el feminismo, cuyas aspiraciones en el orden intelectual y económico he defendido siempre”*.¹¹

En la tesis hace reiteradas menciones a las enfermeras y a la formación que se les debe garantizar. Consideró fundamental para el éxito de estas riesgosas cirugías contar con el “cuidado de enfermeras hábiles y prácticas”. Revalorizó la enfermería al explicitar la relevancia que conllevan los cuidados profesionales y el dominio de la tecnología que se emplea. A su criterio esto constituía una de las claves para la recuperación exitosa en estas intervenciones complejas que registraban alta mortalidad.

Viajes e intercambios en clave de educación, formación y ejercicio de la enfermería

En el año 1899, habiendo transcurrido trece años de funcionamiento de la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas, Grierson viajó a Londres como representante de la Argentina en el II Congreso Internacional de Mujeres, en donde fue electa vicepresidente¹² del Congreso.

lia Grierson, también ejercía la docencia como Profesor Titular de Anatomía Topográfica en la carrera de Medicina.

8- Trujillo, José María “La “revolución pasteuriana” en Buenos Aires: Introducción de la antisepsia y asepsia quirúrgicas” En: Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires Vol. 26 N° 2, agosto 2006. pp.40-44

9- Grierson, Cecilia. Histero-ovariotomías efectuadas en el hospital de mujeres desde 1883 a 1889. Tesis doctoral Universidad Nacional de la Capital, Facultad de Ciencias Médicas. Buenos Aires: Imprenta Mariano Moreno, 1889, pp. 9-10.

10- Prado, Natalia Jorgelina.; Diez, Emilio aíl. “Dra. Cecilia Grierson Ejemplo de luchadora y militante feminista” En: Revista Médica Universitaria. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo Mendoza Argentina. 2010 Vol. 6, N° 4.

11- Grierson, Cecilia. Discurso en su retiro por jubilación. Buenos Aires, 1916

12- Countess of Aberdeen. Notes on the Quinquennial Meeting of 1899 of The International Council of Women. London: The International Council of Women, 1899.

Además de las múltiples actividades que realizó en esa ocasión brindó la conferencia inaugural del encuentro que tuvo lugar el 26 de junio de 1899. Su alocución versó sobre la “Educación y trabajos de la mujer en la Argentina.”¹³ En ese texto dedica especial atención a describir el proceso de creación de la Escuela, las dificultades que conllevó el mantenimiento de su normal funcionamiento y su alta consideración sobre esta profesión y los aportes que realiza al bienestar de la sociedad.

Su interés por ofrecer una educación moderna y de calidad para la Enfermería se evidencia en la realización de visitas, evaluaciones y análisis de los programas de estudio y modalidad de enseñanza- aprendizaje en escuelas europeas y estadounidenses que visitó.

En consecuencia menciona en el Informe que elevó al Ministro de Instrucción Pública ¹⁴, “*a mi llegada (a Buenos Aires) presenté a la Dirección de Asistencia Pública de Buenos Aires un estudio sobre Instituciones de Enfermeras en Europa, encareciendo se resolvieran a colocar la misma institución que fundé, en igual pie que las de Inglaterra, donde esta enseñanza es modelo (...).*”¹⁵

Describe que los hospitales de Buenos Aires, regentados por órdenes religiosas y la administración de la Sociedad de Beneficencia,¹⁶ no garantizan las condiciones laborales mínimas para un ejercicio profesional, ni resguardan los derechos de estos profesionales, así como tampoco garantizaban, según su evaluación, la calidad en la atención de los pacientes que allí acudían.

Por consiguiente sugiere como deseable la experiencia inglesa, “*el hospital costea casa y comida, uniforme y lavado á discreción, permite la salida dos o tres veces por semana, y al libertad para recibir ciertos días, visitas ó invitados al té y son tratados por todos con consideración. Es un verdadero hogar, instalado a la altura social de las personas que se dedican á esta carrera, y que son moral y socialmente superiores á las que se dedican á la profesión de maestras.*”¹⁷

En palabras de Cecilia, “*en la República Argentina, desde 1886, se fundó una verdadera escuela de enfermeras, la cual funciona hoy día en Buenos Aires, con las mismas bases que tuvo en su principio.*”¹⁸ Esta valoración y defensa del proyecto subsume asimismo las confrontaciones continuas con la injerencia de la Sociedad de Beneficencia en la administración de escuelas, asilos, orfanatos, hospitales y con la gestión de la asistencia a los enfermos y también la preparación de las enfermeras. .

Según Wainerman y Binstock, “*...el director de la Asistencia Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires Emilio Coni, uno de los más fieles representantes del higienismo, en 1892 aboga también por que el Estado centralizase el manejo de los hospitales y los hospicios municipales, cuestionando su administración por las damas de la Sociedad de Beneficencia por considerar que(...)no basta la distinción y belleza, la alta posición social y los sentimientos de caridad indiscutibles en las damas argentinas para tornarlas hábiles en la administración de los establecimientos esencial-*

13- Consejo Nacional de Mujeres de la República Argentina. “Constitución del Consejo Internacional de Mujeres, organizado en Washington en marzo de 1888”. Buenos Aires: S/D, 1900, pp. 8-15.

14- Ministerio de Instrucción Pública de la República Argentina. Decreto del 27 de abril de 1899. Buenos Aires.

15- Fundación Cecilia Grierson. Biografía de la Dra. Cecilia Grierson Buenos Aires, 2000

16- La Sociedad de la Beneficencia, también conocida como Sociedad de Damas de Beneficencia, fue impulsada por Bernardino Rivadavia. El Gobernador de Buenos Aires, Martín Rodríguez firmó el Decreto el 2 de enero de 1823 creando en Buenos Aires la “Sociedad de Beneficencia”, destinada a brindar educación y asistencia a las mujeres de las clases más humildes. en 1823 con el fin de reemplazar a la Iglesia Católica de la de la atención a los pobres y administrar la caridad, y transferir al Estado esta responsabilidad mediante la Sociedad. La administración quedó en manos de un grupo de mujeres pertenecientes a familias adineradas de la alta sociedad porteña encargadas de la educación de niñas ya que no había en las escuelas para ellas en ese momento así como también quedaron bajo su órbita organismos caritativos para mujeres y niños. El Hospital de Mujeres (hugo Hospital Rivadavia), la Casa de los Niños Expósitos, la casa de las Huérfanas entre muchas otras instituciones. Véase: Golbert, Laura De la Sociedad de Beneficencia a los Derechos Sociales. Buenos Aires, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2010.

17- Grierson, Cecilia. Escuelas de Enfermeras. Buenos Aires: Argentina Médica Agustín Etchepareborda Editor, 1907. p.26

18- Grierson, Cecilia. Escuelas de Enfermeras. Buenos Aires: Argentina Médica Agustín Etchepareborda Editor, 1907. p. 42

*mente técnicos que requieren conocimientos que ellas no pueden tener.”*¹⁹

Denuncias y reclamos

Esta mujer, fundadora y directora, no permanecía expectante en ningún plano de su vida y por ende en las diferentes facetas de la activa participación política -asociativa-social-cultural y sanitaria que protagonizó.

Se puede inferir en diferentes escritos la valoración negativa de las “*otras escuelas*” que se encontraban funcionando sobre todo las que pertenecían a la esfera de la Sociedad de Beneficencia y en las cuales el pasaje de las alumnas, (mayoritariamente huérfanas), por una acotada preparación reforzaba las características de renunciamento, abnegación y sacrificio de la “*mujer cuidadora de enfermos y ancianos*”, (el hogar), que se trasladaba como en el matrimonio, (única salida posible del hogar paterno), al hospital, espacio regentado por la autoridad de la institución en donde permanecerían cautivas por sus escasos saberes y por el impacto negativo que las condiciones del medio ambiente del trabajo provocaban..

En ese contexto la acumulación de capital social, relacional y cultural era inalcanzable para la enfermería y la movilidad social se constituía improbable. Las herramientas para obtener mayores posibilidades de acceso a otras opciones y /o mejores espacios de trabajo cuasi nulas. Ante este escenario, que además consideraba que conllevaba un grave perjuicio para la atención de los enfermos y la salud pública Grierson intentó motorizar una mudanza de ideas, saberes y tecnologías en su Escuela con la finalidad de formar “verdaderas enfermeras”.

Provocativamente señala que su innovadora propuesta educativa subvirtió lo establecido, “*la escuela de*

*enfermeras ha venido a trastornar el orden reinante, el ideal era cuando no sabían ni leer ni escribir (...) en la escuela no se instruye, sino se educa (...) Error es creer que la ignorancia sumisa y rutinaria, la mansedumbre del esclavo sin voluntad, es el mejor cooperador en la asistencia médica dentro de los hospitales y que era el sùmmum de la perfección cuando no sabían leer ni escribir.”*²⁰

Lo que permite entender también que expectativas tenían los hospitales sobre la enfermería que labora en estos y la preocupación ante la calidad de los cuidados que dispensaban.

En una clara alusión con la injerencia de las órdenes religiosas que regenteaban el trabajo de las enfermeras, situación cuestionada permanentemente por ella inscripta abiertamente en la “1ª Ola de feministas”,²¹ en donde la laicidad era una condición indispensable en la propuesta para la educación.

Estas situaciones, sumado a promesas económicas y financieras incumplidas por parte de las autoridades de la Asistencia Pública, y además de múltiples litigios por cuestiones simbólicas y formales como la validez de los títulos, la habilitación del ejercicio y el control de la matrícula de los graduados se acumularon estallando con intensidad en 1906.

Muy entrenada en el intercambio epistolar, que cultivó relacionándose con los personajes influyentes nacionales e internacionales, (práctica además fortalecida por sus conocimientos del francés e inglés), y en la escritura de informes, conferencias y libros, posibilitó que convirtiera su nota en instrumento de reclamo público y de resarcimiento en pos de reivindicaciones que considero injustamente postergadas para el proyecto de formación de enfermeras, enfermeros y especialidades, para el resguardo de la salud de la población y para sí misma.

19- Wainerman, Catalina; Binstock, Georgina. “El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires”. En: *Desarrollo Económico*. Vol. 32, N° 126. Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social, 1992

20- Grierson, Cecilia *Cuidado de enfermos*pp. 772-776

21- Tejero Coni, Graciela. *II Congreso Feminista Internacional de la República Argentina Centenario del Primer Congreso Femenino Internacional de la República Argentina Mayo 1910: edición conmemorativa* Edición Buenos Aires: Museo de la Mujer. Buenos Aires. 2010. p. 14

Tensiones insostenibles: una carta como arma

La misiva que Cecilia Grierson escribió al Dr. José Penna²² tenía como objeto “exponer y solicitar” lo que estimó era el límite de su tolerancia por constituirse en injusto e injurioso. Esta fechada el 9 de abril de 1906, transcurre por ocho páginas escritas a máquina rematada “saluda atentamente C. Grierson. a mano alzada, con letras grandes en tinta negra y decidida caligrafía demostrando su estado de ánimo.

En la nota describe y defiende su proyecto mediante una secuencia cronológica de la historia de la “La escuela de enfermeras y masajistas²³ de Buenos Aires fue fundada en 1885 en el Círculo Médico, y pasó oficialmente a la Asistencia Pública en 1891. Al mismo tiempo, se creó un Servicio de Idóneos para el público (bureau de placement), donde mediante una cuota por boleto de colocación, que se destinaba a fondo de socorros para enfermeras y masajistas, en cambio se garantizaba dar una persona moral y competente, para la asistencia a domicilio. Este servicio continuó así hasta 1898, en que el Director de la Asistencia Pública consideró que no podía cobrarse la cuota que estaba destinada a un fondo independiente de la Municipalidad, y disolvió el servicio, quedando

subsistente la Escuela como antes. Fue entonces que se formó aparte, la Asociación de Enfermeras y Masajistas, cuyos estatutos acompañó a esta nota, y en cuyo servicio es donde ha seguido el público obteniendo personal idóneo, siempre que lo ha solicitado en su local: San José 15.”²⁴

Describe el conflicto entre las “alumnas externas” y “las alumnas internas”, que no es otra cuestión que la disputa por la hegemonía en la formación entre Cecilia, y “su” Escuela, y la Sociedad de Beneficencia y los hospitales que esta administraba.

Exalta la excelencia que consideró que ofrecía su modelo de formación, mientras que las autoridades de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires y el personal sin titulación, casi todo analfabeto, se sintieron amenazados.

Como si esto no fuera poco, se enfrenta a las “otras escuelas” dependientes de la Sociedad de Beneficencia de Buenos Aires, a cuyas integrantes, provenientes del núcleo duro de la oligarquía terrateniente católica, no les convenía - ni permitían - que Grierson avanzara con su empresa, dirigida a cambiar no solo la enfermería, ya que se asomaba permanentemente, entre otras amenazas, la contundentemente defensa que sostuvo en todos los ámbitos sobre la necesidad de garantizar la lai-

22- El Dr. José Penna (1855-1919) ocupó la dirección de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública en 1906. En su profusa actividad profesional se destaca como infectólogo, epidemiólogo, salubristas, investigador y autor de notables obras relativas a su especialidad, catedrático de la Facultad de Medicina. Integrante de sociedades científicas y responsable de las publicaciones periódicas de las mismas. Miembro y luego Vicepresidente y Presidente de la Academia Nacional de Medicina. Político, Diputado Nacional por la Provincia de Buenos Aires con destacada actuación autor de las principales leyes de higiene, profilaxis y salubridad pública y asistencia para enfermedades infecto-contagiosas

23- La carrera de kinesiología no existía en el país. Las y los Masajistas debían ser enfermeras/os y luego realizar dos años más de estudios en la Escuela para obtener ese título. Recién el 13 de abril de 1937 se creó la Escuela de Kinesiología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA). En 1903 la Dra. Grierson solicitó autorización en la Facultad de Medicina de la UBA para dar un Curso teórico-práctico de kinesiología. Inició el dictado de cursos sobre Kinesiología dentro de la Carrera de Medicina. Grierson argumentó “la necesidad de formación en kinesiología la falta de conocimiento generalizado en los médicos para realizar indicaciones pertinentes al respecto y planteaba la realidad que ese espacio lo podían ocupar personal no idóneo en el arte de la salud. En 1904 fue designada adscripta a la Cátedra de Física Médica e Instituto de Fisioterapia que dirigía el profesor Jaime Costa, asignándola al sector kinesiología. De esta manera, el curso sobre Gimnasia Médica que constaba de 16 clases dos veces por semana, y el cual es el antecedente más antiguo de enseñanza universitaria de kinesiología en nuestro país, lo dictó en 1904 y en 1905 y luego desapareció el curso. El temario abarcaba la gimnasia y el masaje, las manipulaciones, sectorizados en las regiones del cuerpo e incluía también la kinesiología de patologías neurológicas, ortopédicas, respiratorias y enfermedades de los distintos aparatos circulatorio, digestivo ginecológico y de los órganos de los sentidos. Contemporáneo a esto, en el año 1904, en el Instituto de Fisioterapia del Hospital de Clínicas, se crea una sección de Kinesiología, cuyo jefe era el Dr. Octavio Fernández” Oleari, C Historia de la Kinesiología Científica Argentina (período universitario) 2014 (s/d). “En 1928 la Asistencia Pública cierra la escuela (Masajistas) creada por Cecilia Grierson con el argumento que existiendo el curso en la Facultad no era menester otro curso.” Feldmann, Andrés, 2005

Véase Grierson Cecilia “Trabajos presentados al Congreso Internacional Americano de Medicina e Higiene” 1910; Chertkoff, A. “Contribución del servicio de kinesiología del Hospital Rawson a la evolución teórica y científica de la kinesiología argentina”. Revista La prensa Médica Argentina, Vol. 55 N° 43 – 44, año 1968. Feldmann, Andrés, Historia de la kinesiología argentina. Instituto y Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina UBA 2005

24- Grierson, Cecilia. Carta al Director de la Asistencia Pública, Dr. Penna, 9 de abril de 1906. Foja 1.

cidad en la educación.²⁵

En el historial de Cecilia se sumaban sus acciones y argumentaciones dentro de la militancia feminista y sufragista en los debates instalados sobre la organización y la administración hospitalaria que impugnaban la intromisión de las damas de la Sociedad de Beneficencia, (sin conocimientos técnicos, ni profesionales), en la gestión de la asistencia de la salud y la enfermedad.

También no solo solicitó que la dirección de la escuela tuviese finalmente un cargo rentado, sino que pidió una dirección dentro de un hospital ya que lo consideró necesario para formar enfermeras mediante una práctica programada, sistemática, supervisada pertinente y suficiente.

En esta carta describió uno de los conflictos que consideró intolerable: *“la Escuela siguió su marcha regular hasta 1899, en que apenas hecho cargo, una nueva dirección de la Asistencia Pública, quisieron relajar la disciplina de la escuela a favor de una alumna incompetente é inmoral. La Directora prefirió sacrificar sus intereses personales, antes de ver quebrada su autoridad moral: elevó su renuncia al irse a Europa, lo cual trajo disturbios, manifestaciones y contra manifestaciones de alumnas y otras personas, cerrándose de hecho la institución.”*²⁶

Esto nos permite tomar conocimiento y dimensión de los turbulentos conflictos y tensiones entre la escuela y los hospitales que mandaban “alumnas internas” obligadas pero a la vez sin facilidades para asistir.

Esta “alumna incompetente é inmoral” a juicio de la directora era una de ellas, y las autoridades de la institución de la que provenía pretendieron con insistencia forzar su aprobación y graduación. La gravedad

de la situación que se desencadenó a propósito de este caso, rebasó la tolerancia de Grierson y su equipo de “maestras” y profesoras enfermeras, y provocó la decisión de estas de suspender las actividades académicas de la Escuela que se extendió al lapso de un año.

Los conflictos y desventuras de la Escuela

En la nota con el fin de ponerlo en contexto al Dr. Penna prosiguió con la cronología de las desventuras que atravesó la institución desde su incorporación como dependencia Municipal en 1892.

El conflictivo escenario se profundizó a fines de 1905 cuando, “llegó el momento de la sanción del presupuesto, que tenía consignada la partida de gastos de la repartición y sin conocimiento del Sr. Intendente, se trabajó y obtuvo de la Comisión Municipal, la supresión de esa partida, so pretexto de economía. En seguida sin comunicación oficial alguna, la Dirección de la Asistencia Pública mandó empleados que materialmente arrasaron el local de la escuela...”²⁷

La confrontación que menciona, previa a esta nota de reclamo, incluyó manifestaciones en el espacio público de “un lado” y “del otro”, así como también su repercusión en los diarios de la época.

Según menciona Grierson “esto motivó una seria reclamación por parte de la Asociación de Enfermeras y Masagistas²⁸ ante la Municipalidad, reclamación que hubiera seguido ante los tribunales, á no ser el cambio de Dirección de la Asistencia Pública a raíz de este incidente.”²⁹

La turbulencia de la confrontación de años anteriores, propició que Grierson estuviera a punto de recurrir a la Justicia pero supo utilizar su capital social, cultural

25- Morrone, Beatriz. *Soltando amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina*. 5ª ed. Mar del Plata: Ediciones Suárez, 2016.

26- Grierson, Cecilia. Carta al Director de la Asistencia Pública, Dr. Penna, 9 de abril de 1906. Foja 2

27- Grierson, Cecilia. Carta al Director de la Asistencia Pública, Dr. Penna, el 9 de abril de 1906. Foja 2

28- La Asociación de Enfermeras y Masajistas fue fundada por Cecilia Grierson en 1892 y mantiene sus actividades circa de 1925. Es la primera Asociación de la disciplina en Argentina, con una compleja organización e innovadores proyectos de protección para sus miembros. Véase: Morrone, Beatriz. *La transdisciplinariedad como oportunidad. Estudio de la producción militante intelectual de Cecilia Grierson respecto del debate de la modernidad socio-sanitaria en la Argentina contemporánea*. EDELUP. La Plata, en prensa

29- Grierson, Cecilia. Carta al Director de la Asistencia Pública, Dr. Penna, el 9 de abril de 1906. Foja 2

y simbólico logrando remover a funcionarios públicos que eran un obstáculo. Contó con el aval del intendente Adolfo Bullrich decidido partidario de los reclamos de Grierson, y su secretario el Sr. Williams. Finalmente obtuvo que ambos apoyaran su solicitud.

Esto queda plasmado en el Decreto del 28 de enero de 1902. En los considerandos se relatan los sucesos, comenzando desde la situación que dejó desamparada y sin futuro a la Escuela cuando se la excluyó de la partida presupuestaria. Hecho que implicaba, según el intendente de la ciudad, “...la disolución definitiva de la escuela cuyos meritorios é importantes servicios nadie mejor que la municipalidad puede apreciar desde que los enfermeros de los hospitales son preparados é instruidos. En ese instituto. Que de esas mismas ventajas y beneficios goza el vecindario de la Capital, pues tiene facilidad en poder solicitar en cualquier momento un profesional idóneo á quien poder confiar el cuidado de sus enfermos. Que los servicios de estas escuelas están considerados y reconocidos como indispensables y de indiscutible utilidad general, no solo entre nosotros, sinó también las principales capitales europeas, donde las autoridades prestan toda su cooperación para facilitar su sostenimiento y prosperidad.”³⁰

A partir de esto se resolvió dar continuidad a la actividad de la “Escuela de Enfermeras y Masagistas”, con la misma dirección de la Dra. Grierson, y o a plasmadores, a esta nota de reclamo, Grierson en 19 con una práctica pertinente y suficiente disponer de la posibilidad de adquirir nuevo mobiliario y demás enseres algunos extraviados, otros destruidos en los avatares de ese lapso, y anotar la decisión a la Dirección de la Asistencia Pública.

Por todo lo mencionado - incluida una mudanza de la Escuela a su domicilio particular sito en la calle

Conesa N° 2147 en donde alternativamente por un año se dictaron clases – tanto ella como la escuela salieron altamente fortalecidas.

De esta grave crisis resurgió airosa; logró ser reconfirmada y legitimada para seguir conduciendo el proyecto. Pero el resultado final incrementó la gran tensión pre-existente con las señoras que conducían otras pocas escuelas y administraban la tarea del cuidado de los enfermos en los hospitales regentados por ellas a través de la Sociedad de Beneficencia que deberían someterse a la Escuela para todo lo relativo con la formación, revalidación y actualización de las enfermeras que mantenían bajo su gestión. A pesar del Decreto las confrontaciones continuaron y mantuvieron a los actores muy alterados haciendo públicas sus desavenencias. .

También en la misiva remitida al Dr. Penna, resaltó que en los cuatro años transcurridos desde ese complejo litigio (1899 en adelante), y a pesar del Decreto que había dirimido la cuestión, se habían sucedido diversos directores en la Asistencia Pública pero, “parece que han ignorado la resolución, (...) jamás se han interesado por la institución y no solo no han dado su apoyo sinó que por intermedio de algunos empleados, han manifestado verdaderos actos de hostilidad, en pequeñeces harto enojosas para enumerarlas.”³¹

Reitera y denuncia nuevamente la gravedad que suponía la ausencia de fiscalización del ejercicio de la enfermería en tanto obligación de Estado, y defendió tenazmente la libertad de asociarse para la protección mutua. Como también develó la connivencia de los funcionarios y alertó sobre las consecuencias para el público y para la profesión: “solo mencionaré, la existencia no autorizada oficialmente, de un Servicio de enfermeras y masagistas para el público que funciona

30- Ministerio de Instrucción Asistencia Pública de la Capital. Decreto N° G. 2801, 28 de enero de 1902.

31- Grierson, Cecilia. Carta al Director de la Asistencia Pública, Dr. Penna, el 9 de abril de 1906. Foja 4.

*sin jefe ni reglamento de ninguna especie. Se recomienda en el local de la Asistencia Pública á cualquiera que tenga la audacia de inscribirse como idóneo y se le permite cobrar entre 15 a 20 \$ diarios á las familias, amén de otros abusos, aunque la recomendada no haya pisado escuela, ni hospital, ni sea persona de responsabilidad alguna. Esta práctica ha estado minando la disciplina de la escuela, puesto que para ser recomendada no se requería conocimientos, práctica ni moralidad (...) los repetidos abusos cometidos por esta gente sin preparación, ni responsabilidad alguna, ha hecho que el público hoy día tenga terror de verse obligado a solicitar una enfermera á la Asistencia Pública.”*³²

Argumentó que el ejercicio debía ser controlado por pares, (entre los cuales se incluyó), y la práctica profesional libre de la intervención de la acción oficial, ya que entendía que las diplomadas tenían reglamentos y disciplina por su formación: *“cuyo título les da derecho á trabajar independientemente ó asociadas para sus propios intereses (...)”*

Relató el maltrato resultante de la relación establecida con un Director de la Asistencia Pública, al que nunca nominó, y dejó constancia de que al intentar obtener recursos para solventar la escuela su dirección debió continuar siendo ad honoren.

Ese cargo que desempeño por 28 años ad honoren le provocaría la imposibilidad de obtener una jubilación ordinaria y recibió una compensación jubilaria mucho menor por otras actividades profesionales en el magisterio y en el ejercicio de la medicina, que sintió como un gran perjuicio no solo económico, sino simbólico, y deja expresa constancia que en la Escuela a “servido a la nación”, pero con un sueldo exiguo: *“quedaba excluida del amparo que la nación argentina le da a sus servidores.”*³³

Volviendo a la nota, deja constancia que solicitó sin suerte una subvención de la Comisión Municipal y

a pesar del apoyo del Sr. Casares del Intendente de la ciudad en ese momento. Por todo esto denunció públicamente un boicot contra la Escuela. Describe el plantel rentado de la escuela se componía de cuatro “maestras” (“dos estudiantes de medicina y dos enfermeras idóneas”) y la directora que realizaba sus funciones ad honoren.

Menciona las penurias económicas para mantener la Escuela funcionando, dadas las tensiones con la Asistencia Pública hasta la llegada del Dr. Penna a la función se hizo necesario *“cobrar una cuota mensual a las alumnas y la Asociación de Enfermeras y Masajistas, cuyo servicio cobra 5\$ por colaboración de sus miembros, cubrió parte del resto de sus gastos. Con tan exiguos recursos se ha sostenido, pero la concurrencia sería mayor si pudiera dar esta enseñanza gratuita.”*³⁴

Cecilia describe también las exigencias para entregar los títulos y remarca que la Escuela es *“muy parca en la distribución de certificados y diplomas, dando solo título á los que verdaderamente reúnen el máximo de condiciones para la carrera sin que mediaran influencias y presiones.”*

Por lo antedicho detalla las actividades educativas que incluían diariamente clases teórico-prácticas en el local de la calle San José N° 15 y una práctica hospitalaria diaria con seguimiento de *“las observaciones correspondientes: Las condiciones y capacidad de las alumnas juzgada por la tarea diaria durante todo el curso.”* Así como también la necesidad que la Municipalidad proveyera a la escuela de un local amplio que permitiera recibir a gran número de alumnos y así *“poder dividirlo en secciones de hombres y mujeres con sus grados correspondientes”*; se tuviera en cuenta una suma de dinero para mobiliario, útiles para que los alumnos pudieran comenzar en un espacio adecuado y estudiar gratuitamente. Para lo que se hace necesario

32- Grierson, Cecilia. Carta al Director de la Asistencia Pública, Dr. Penna, 9 de abril de 1906. Foja 4.

33- Grierson, Cecilia. en el Homenaje que le rindió el Liceo Nacional de Señoritas en la Escuela Normal Nacional de la Capital el 30 de abril de 1916.

34- Grierson, Cecilia. Carta enviada al Director de la Asistencia Pública, Dr. Penna, fechada el 9 de abril de 1906. Foja 5.

que se asigne presupuesto para los sueldos de las maestras, encargadas y gastos menores. Y para los alumnos internos requiere “*Disponer y facilitar la asistencia á clase, de un grupo determinado de empleados, elegidos entre los mejores a los cuales se les dará tiempo para el estudio y se les costeará los gastos menores (tranway, libros, etc.)*”. Remató la extensa nota considerando que, solo con estas medidas, “se podrá aspirar á tener al cabo de algunos años una mejora en las condiciones del personal de enfermeras y masajistas.”³⁵

Consideraciones finales

Los hospitales de la Capital prestaban servicios a los sectores más excluidos. El personal de enfermería era empírico y estaba integrado por empleados de muy bajo nivel económico y social, y muchos eran analfabetos. Las tareas no estaban diferenciadas pues cumplían indistintamente funciones como enfermeras, cocineras, mucamas, peones y limpieza pesada entre otras muchas asignaciones desde las salas de internaciones hasta los corralones donde se encontraban ambulancias tiradas por caballos, que también se encontraban ahí. Lo hacían en condiciones de trabajo muy penosas e insalubres.

Las circunstancias eran inhumanas y desmoralizadoras; constituían un terreno inviable para atraer y retener personas bien formadas, “*decentes y morales*”. A estas condiciones laborales atribuyó Grierson el bajo nivel, e interés genuino por la disciplina en el personal atraído por la ocupación.

Además formaban parte también del personal de los hospitales municipales las Hermanas de Caridad, pero no eran enfermeras, sino que jugaban un papel de

intermediarias entre la Administración y el personal inferior de enfermeras, ayudantes, cocineros y lavandería. Tenían a su cargo una serie de funciones como la pequeña administración, el manejo de la despensa, de la ropería, la vigilancia de la limpieza, de la administración de los remedios, de la curación de los enfermos y de la distribución de la comida.³⁶

Aparecen dos cuestiones centrales y una confrontación de más de dos décadas que desvelaron a Grierson y motivaron la carta al Dr. Penna.

Por un lado, las contractuales de las enfermeras diplomadas que describió y analizó a partir del impacto que producían, no solo en las personas por las condiciones infrahumanas de vida y de trabajo, sino también en la repercusión de esas condiciones sobre la calidad de los cuidados que brindaban.

Por el otro, emerge la inobservancia de los deberes de quienes debían controlar la formación y el ejercicio profesional.³⁷ El Departamento Nacional de Higiene, organismo encargado de velar por la higiene, la salud pública, la inspección de los puertos y, a la vez el control de la preparación de las enfermeras evidentemente no actuaba como organismo fiscalizador en resguardo de lo que se le había encomendado y constituía su obligación.

La confrontación que esta en la escena permanentemente pero no se hace explícita en la carta es la que mantiene desde dos décadas con la Iglesia Católica interfiriendo a juicio de Cecilia en la libertad de las mujeres en la participación política, en la academia, en la posibilidad de ocupar cargos públicos directivos y una de las consecuencias es el impacto en la formación de “*verdades enfermeras*”.

Grierson impugna las decisiones y la injerencia que la Iglesia Católica tiene en la agenda del Estado, en

35- Grierson, Cecilia. Carta enviada al Director de la Asistencia Pública, Dr. Penna, fechada el 9 de abril de 1906. Fojas 8.

36- Wainerman, Catalina; Binstock, Georgina. “El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires”. En: *Desarrollo Económico*. Vol. 32, N° 126. Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social, 1992, pp. 271-284.

37- Morrone, Beatriz. “Cecilia Grierson: institucionalizar y avanzar”. En: *IV Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, II Encuentro Internacional y III Encuentro Nacional de Historia del Cuidado y la Enfermería*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2013.

la agenda de la salud pública, en la gestión de las instituciones relacionadas a la órbita de la Sociedad de Beneficencia, así como también en la agenda feminista y las reivindicaciones por los derechos civiles, políticos, sociales y laborales. No escapa su perfil, y abona con sus acciones, a las características de las pioneras de la enfermería moderna. Las tensiones de género y clase se hacen evidentes. La misiva remitida a una autoridad de la jerarquía como es el Director de la Asistencia Pública, fue un arma para “*exponer y solicitar*” lo que estimaba injusto e injurioso. Por tal motivo denunció ante el Dr. Penna la gravedad que suponía la ausencia de fiscalización del ejercicio de la enfermería en tanto obligación de Estado, defendió la libertad de las y los enfermeros para asociarse para la protección mutua, develó la connivencia de los funcionarios y alertó sobre las graves consecuencias para la población y para la profesión.

La tensión se hizo insostenible entre los actores que pugnaban por la supremacía de la formación de las enfermeras y por la modernización sanitaria con control estatal.

Grierson actuó y provocó el desenlace obligando a la Asistencia Pública a dirimir la disputa entre su

Escuela y los hospitales, y presionó para generar mecanismos de control sanitario y supervisión del ejercicio profesional.

Estas decisiones, materializadas en disposiciones oficiales legitimaron en esa etapa histórica la formación de Enfermeras y Masajistas de la Escuela dependiente de la Asistencia Pública bajo la dirección de Cecilia Grierson, autorizaron exclusivamente los títulos que emitidos por su escuela, obligando a revalidar en esa institución los estudios realizados en otras escuelas dándoles, recién a partir de esto, validez para ejercer la enfermería en los hospitales.

Esta cuestión fundante que vertebra el camino de la profesionalización, aparentemente saldada en 1906, atravesará a la Enfermería argentina durante todo el siglo XX con avances y retrocesos, y renovados actores e intereses.

Aún aparece entre claroscuros la centralidad que la Enfermería debería asumir en el sector salud, en las políticas públicas sociales en salud, y en la defensa irrenunciable por los derechos a mejores condiciones y medio ambiente laboral, configurando una deuda interna que requiere ser saldada

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Universitarias Argentinas. Primer Congreso Femenino Internacional de La República Argentina. Historia, Actos y Trabajos. Buenos Aires, Imprenta Ceppi, 1911.

Barrancos, Dora. Mujeres en la Sociedad Argentina, una historia de cinco siglos. Editorial Sudamericana Buenos Aires, 2007

_____. Inclusión/Exclusión. Historia con mujeres. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2002.

Countess of Aberdeen. Notes on the Quinquennial Meeting of 1899 of The International Council of Women. London.: The International Council of Women, 1899.

Consejo Nacional de Mujeres de la República Argentina. Constitución del Consejo Internacional de Mujeres organizado en Washington en marzo de 1888. Buenos Aires: S/D, 1900.

Grierson, Cecilia. Carta al Director de la Asistencia Pública, Dr. José Penna, 9 de abril de 1906.

_____. Escuela de Enfermería y Masagistas de la Asistencia Pública de Buenos Aires. Publicación Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, 1910.

_____. Trabajo presentados al Congreso Internacional Americano de Medicina e Higiene. Buenos Aires, 25 de mayo de 1910. S/D

_____. Discurso en su retiro por jubilación. Buenos Aires, 1916. Colección familia Blanchard Grierson.

_____. Discurso en su retiro por jubilación. Buenos Aires, 1916

_____. Cuidado de Enfermos. Buenos Aires: Imprenta Tragant, 1912.

_____. Histero-ovariotomías efectuadas en el hospital de mujeres desde 1883 a 1889. Tesis doctoral Universidad Nacional de la Capital, Facultad de Ciencias Médicas. Buenos Aires: Imprenta Mariano Moreno, 1889.

Ministerio de Instrucción. Decreto N° G. 2801, 28 de enero de 1902.

Morrone, Beatriz. “Cecilia Grierson: institucionalizar y avanzar”. En: IV Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, II Encuentro Internacional y III Encuentro Nacional de Historia del Cuidado y la Enfermería. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2013

_____. Soltando amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina. 5° ed. Mar del Plata: Ediciones Suárez, 2016.

_____. “La influencia de ideas feministas en la etapa fundacional de la Enfermería argentina”. En: La historia integradora de culturas y saberes. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad de Valencia-Universidad de Alicante, 2011.

Oleari, Cristina “Historia de la Kinesiología Científica Argentina: (período universitario)”. 2014 S/D

Prado, Natalia Jorgelina; Diez, Emilio Raúl “Dra. Cecilia Grierson. Ejemplo de luchadora y militante feminista”. En: Revista Médica Universitaria. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo. Vol. 6, N° 4. Mendoza, 2010.

Tejero Coni, Graciela. II Congreso Feminista Internacional de la República Argentina Centenario del Primer Congreso Femenino Internacional de la República Argentina Mayo 1910: edición conmemorativa Edición Buenos Aires: Museo de la Mujer. Buenos Aires. 2010.

Trujillo, José María “La “revolución pasteuriana” en Buenos Aires: Introducción de la antisepsia y asepsia quirúrgicas”. En: Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires Vol. 26 N° 2, agosto 2006

Wainerman, Catalina; Binstock, Georgina. “El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires”. En: Desarrollo Económico. Vol. 32, N° 126. Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social, 1992.

Construir futuro a partir de “marcas” y “huellas” institucionales (O de la utilidad de estudiar nuestras propias “tramas institucionales”)

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como propósito estudiar los planes de estudio de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario y a partir de ello, analizar críticamente la formación de este profesional. La metodología utilizada combinó un abordaje cuanti-cualitativo. Los principales hallazgos tu-

vieron que ver con los aportes específicos de cada uno de los planes de estudio (69', 78' y 92'), la identificación de los elementos de continuidad y ruptura en la formación del Licenciado en enfermería y la develación de algunos elementos ideológicos que permiten comprender los procesos y contenidos curriculares.

Palabras Claves: Curricular– Enfermería– Historia

1- Magister en Administración de Servicios de Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. Santa Fe 3100. Rosario (2000). marachervo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Cuando el objeto de estudio son los currícula, lo que se trata de ver es qué contenidos son considerados valiosos para «formar» en una disciplina, qué (cuáles contenidos) permanecen fijos y qué cambia. Haciendo una simplificación extrema se puede decir que lo que diferencia a la educación formal es la “intención”. Así, el propósito del estudio fue el de analizar críticamente la formación del Licenciado en Enfermería en la Universidad Nacional de Rosario, a través de la comparación de los tres planes de estudio que aprobó la institución desde la creación de la carrera: 1969, 1978 y 1992. Se trató de identificar las decisiones curriculares (intencionalidades) tomadas por sujetos (docentes) en contextos determinados (UNR) y además se pretendió recuperar las lógicas históricas institucionales que fundamentaron esas decisiones que finalmente se expresaron en un documento escrito.

El problema de la formación de este trabajador, es un tema de política sanitaria, ya que resulta un factor decisivo para pensar la calidad de los servicios de salud, en términos de la cobertura de la población, lo que implica cantidad y distribución, la formación de los equipos, y en definitiva el modelo de atención de salud al que se aspira. Desde los estudios de Noriega (Noriega, 1985), pasando por los informes específicos realizados por expertos enfermeros convocados por OPS (Espino Muñoz, Malvárez, Davini, & Heredia, 1995), hasta los trabajos de Mónica Abramzón (Abramzón M. y., 2001) (Abramzón M., Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004, 2005) (Abramzón M., Argentina: Recursos Humanos en salud en 2004. La distribución geográfica, 2006) (Abramzón M., 2003) dan cuenta de que este déficit

es una preocupación a nivel del país y la región, así como de la relevancia de contar con estos datos para la toma de decisiones que permita una planificación que articule los sistemas formativos y asistenciales.

Los debates sobre la formación suponen pensar no sólo en qué contenidos son considerados valiosos para formar en una disciplina profesional (largo proceso sociocultural y económico en el que una sociedad deposita un saber específico en un profesional (Gómez Ocampo & Tenti Fanfani, 1989), sino identificar las decisiones curriculares, esas que se llevaron a cabo por sujetos en contextos determinados. Recuperar las lógicas históricas institucionales que fundamentaron esas decisiones que finalmente se expresaron en un documento escrito, fue también un propósito de esta investigación.

Las investigaciones sobre currículo, dejando aquellos textos que se convirtieron en “clásicos” (Apple, 1996), (Díaz Barriga, 1986), (Jackson, 1991) (Kemmis, 1993) (Sacristán, 1998) (Schwab, 1989) (Grundy, 1987) dado que introdujeron categorías teóricas (que fueron utilizadas en este trabajo) para estudiar el currículo y convertirlo en campo de estudio, se reparten de manera desigual entre aquellas que ponen énfasis en los aspectos prescriptos, y los que subrayan la acepción del currículo como práctica (vivido, real o en acción). Entre los primeros se destaca el estudio de Davini (Davini, 1998), que se toma como modelo para este trabajo². Entre los segundos se destacan trabajos que “analizan críticamente el concepto viendo cuáles favorecerían procesos de pertinencia social e integral” (Malagón Plata, 2008); otros que analizan los diferentes factores: epistemológicos, pedagógicos, didácticos e institucionales que intervienen en la práctica docente y cómo éstos definen

2- Se trata de “El curriculum de Formación del Magisterio. Planes de estudio y programas de Enseñanza” en el que analiza la formación docente desde 1968 a 1996, a partir precisamente “de los planes y programas planificados, expresamente ordenados y secuenciados, en los que se establecen los conjuntos de materias o contenidos a transmitir dentro de un determinado ciclo y en determinado período de tiempo.” La autora reconoce que “la ampliación de la conceptualización del curriculum... llevó a comprenderlo como territorio de cruce de prácticas diversas, de interacciones y comunicaciones, de negociación de significados, dentro de la ecología del aula o en espacios sociales e institucionales ampliados.” Desde estas nuevas perspectivas se considera el estudio sistemático de los planes y programas es considerado implícitamente como “expresión formal e insuficiente para el análisis de la acción.” Sin embargo la autora dirige el estudio hacia “esas zonas aparentemente menos atractivas del trabajo analítico que se expresan muchas veces como objetos “fijos”. Nos referimos a los marcos regulatorios y anticipatorios de las prácticas, expresados en los planes de estudios y en los programas de enseñanza, enmarcados en el contexto histórico e institucional que los originan y contienen.”

y transforman los diseños curriculares escritos (Ojeda & Veiravé, 2003). Hay algunos que destacan algún aspecto del currículo oculto, tal como la cuestión de género (tan cara para los enfermeros/enfermeras) (Maceira Ochoa, 2005).

En el área de enfermería las investigaciones sobre este tema se relacionan específicamente con las capacidades prácticas de los estudiantes (Pérez Andrés, Alameda Cuesta, & Albeniz Lizarraga, 2002); las competencias sociales de los estudiantes (González Fernández & Lobato Fraile, 2008); el problema de la enseñanza de los valores –“teniendo en cuenta que se está formando “cuidadores” que deberán generar vínculos de confianza” durante el ejercicio de la profesión- (Bernal Becerril & Ponce Gómez, 2009). Hay investigaciones que analizan cómo y qué se enseña con relación al desarrollo de las capacidades investigativas de las enfermeras (Zaider Triviño & Sanhueza, 2005), calificando como “deficiente la inclusión de enfoques cuantitativos desde los diseños curriculares”.

Otro grupo de investigaciones tienen que ver con la relación entre los cambios en el sector salud y la necesidad de cambios curriculares. Algunos lo hacen aplicando la categoría de “competencias”. El estudio de Falco Peguerolas toma en cuenta tanto las de los profesores como las de los estudiantes (Falco Peguerolas, 2004). Otros toman esta cuestión de la adecuación a un período: las implicancias para la formación a partir de los cambios en el sector salud en los noventa (Guevara & Mendias, 2001); o a los cambios o nuevas demandas en general (Piera Orts, 1998).

Hay sin embargo otro tipo de investigaciones que dan cuenta de una visión más integral de lo curricular,

en el sentido que interroga acerca de los modos de enseñar y aprender el tipo de conocimiento que requiere este profesional. Unos se limitan a exponer la “opinión de los estudiantes” (Tovar & Villegas, 2000), pero otros permiten reflexiones más amplias (Palencia, 2006), o decididamente conclusiones más generales o completas (Medina Moya, 2005) (Medina Moya & do Prado, 2009) ya que describen “el tipo de racionalidad que atraviesa los currículos de enfermería”. Estos estudios también son tomados en muchos aspectos para la interpretación de los datos cualitativos en esta investigación.

Materiales y métodos

Para el logro de los objetivos, se utilizaron análisis de documentos, básicamente de los tres planes de estudio (69, 78 y 92) en los que se analizaron los indicadores de la variable “característica del plan de estudios”: Perfil; Objetivos/competencias; Ejes integradores; Contenidos; Experiencias de aprendizaje propuestas; Modo de organización académica y Concepción pedagógica/social y de salud. En cuanto al “contenido” se analizaron: nombre de las asignaturas; Duración; Ubicación; Formato; Descripción y número de horas. Este último indicador posibilitó el análisis cuantitativo. Para la construcción de los datos relacionados con la historia institucional y la comprensión de las decisiones curriculares, se utilizaron las entrevistas en profundidad a cinco actores claves. De esas entrevistas surgieron y se analizaron las siguientes categorías: Relación con los organismos internacionales; Formación docente; Integración docente asistencial; Imagen/representación de la enfer-

“El análisis busca reconstruir el juego entre los textos curriculares y el contexto social e institucional, en vistas a una posible contribución para la comprensión de los principios ordenadores de la producción, reproducción y cambio del discurso y las prácticas de formación del magisterio.... (Por lo que) “lejos de considerarlos “objetos fijos”, pueda entenderse qué se cambia y qué se estabiliza en la formación del magisterio.” (págs. 11 y 12).

Cabe aclarar que en el caso de la formación del magisterio hay un discurso oficial o regulativo, centralizado, directamente producido en el seno de los ministerios nacionales y provinciales. Por lo que su estudio evidencia el tipo de competencia que se desea alentar en el marco del proyecto político. En el caso de la formación universitaria, en virtud de su autonomía, los planes y programas son producidos por los propios actores por lo que los planes parecieron un indicador para describir las intencionalidades. Para comprenderlas o indagar posibles relaciones institucionales, disciplinarias o de políticas del sector, resulta claramente insuficiente.

mería; Demandas profesionales; Contenidos curriculares; Política institucional; Condiciones previas/insumos (para el cambio) y Relación teoría/práctica. Para el logro de los objetivos propuestos se trabajaron, para los planes de estudios categorías como “Áreas de conocimiento” (Formación general; Formación específica: materias del área clínica/pedriátrica, del área comunitaria, del área instrumental, materias prácticas y electivas; Formación en relación a otras disciplinas: de las ciencias naturales, de las ciencias sociales); “Lógicas clasificatorias” (jerarquía -peso relativo de las distintas categorías de materias en función del tiempo asignado; secuencia -se refiere a la ubicación temporal de las distintas categorías de materias. Indica un orden y un enfoque de la enseñanza-; ritmo -es el tiempo necesario para la adquisición de competencias-; límites -indica el tipo de divisiones entre las distintas categorías de materias, el tipo de separación, integración, etc.).

El estudio abordó solidariamente el estudio del contexto y del campo, y el análisis de los planes de estudio (texto). El campo de construcción del objeto disciplinar y el contexto político e institucional fueron tomados como marcos de referencia y se los utilizó en las argumentaciones que intentan comprender las influencias en los planes de estudio. La categoría de “capas del tiempo” (Koselleck, 2001) se utilizó para el análisis temporal.

Tal como lo propone Sautu (Sautu, 2005) (Sautu, Boniolo, Dalle, & Elbert, 2005) (Sautu, 2007) la experiencia de construir un objeto desde las vagas ideas iniciales hasta su determinación final, en recortes poco o nada explorados en el medio donde se realiza la investigación pero muy estudiados en otros, sumado a la accesibilidad a los textos con la que hoy se cuenta, hace posible la construcción y re construcción de teoría a lo largo del proceso de investigación.

Otra categoría utilizada para el análisis fue el de “Tipos de racionalidad”: técnica, hermenéutica o crítica según las caracterizaciones descritas por Grundy (Grundy, 1987) y González Sanmamed (Gonzalez Sanmamed, 1995).

Resultados³

El plan de estudios de 1969 tiene una clara impronta fundacional. Como “acontecimiento” irrumpe en el escenario universitario trayendo consigo la organización en ciclos, la articulación con los niveles técnicos no universitarios (incorporación del “curso complementario” para permitir a estos estudiantes, luego de su aprobación, el cursado del segundo ciclo) y el título de Licenciado en Enfermería.

“... el enfermero universitario era como que no tenía buena prensa, se quería algo más y estaban surgiendo las licenciaturas (en la UNR), por eso la licenciatura en Enfermería.... Tenían que tener un enfoque en investigación....” (Informante 3)

La cuestión del título de Licenciado parece tener esta explicación, la de la influencia local (de la universidad) como el modo de solucionar esto que se “agregaba”. En el resto de los países latinoamericanos (y también en Estados Unidos) el título de grado es el de Enfermero. En Brasil la Licenciatura es un título que se obtiene luego del de grado y que habilita para la docencia. Esto cobra gran importancia ya que como recuerda Camilloni (Camilloni A., 1991) cuando se decide en materia de curriculum hay que tener en cuenta que se trata de un “cruce de lógicas”, la académica y la profesional, y que lo que se defina (concretamente en este caso el título que se otorgue) tiene una consecuencia directa sobre el campo profesional. ¿Cuál es el perfil y la incumbencia de cada título?

3- Dada la extensión del artículo se presentarán sólo los datos comparativos entre los tres planes.

lo? Este debate continúa hasta hoy.

Otro informante (6) dice en cambio:

“la incorporación de Enfermería a la Universidad supuso un cambio en el status social de la profesión.... El requerimiento de los egresados era altísimo. Nosotros cursamos la materia Administración en el Hospital de San Pablo. Estábamos ávidos por ver todo, preguntar y les decíamos a las jefas que cuando llegáramos nos esperaban para ser jefes.... Nos miraban... no nos creían...”

A favor o en contra la idea de la valoración social de la profesión está presente en los actores que vivieron ese proceso (pertenecieron al primer grupo de egresados), pero aquí aparece una segunda cuestión que es la división del trabajo al interior de la profesión: los Licenciados se dedicarían a “Administrar servicios” y a la “Investigación”.

Esto viene a fragmentar un campo profesional de por sí fragmentado: los Licenciados en Enfermería que egresan de las cuatro universidades pioneras se incorporan a un campo laboral donde la mayoría son empíricos (gente sin ninguna formación), auxiliares de enfermería (que se habían comenzado a formar en 1960), enfermeros con primaria solamente (por la ley del año 1947) y enfermeros terciarios y/o universitarios (los menos). No es de asombrar entonces que en el informe de 1989 constituyeran el 5% de la fuerza laboral de Enfermería.

Ahora bien, en qué “estructura de repetición”, para usar las palabras de Koselleck, se da este “acontecimiento”.

Hay un contexto en el que se viene preparando una demanda (época descrita como del “Estado de Compromiso en la etapa desarrollista”) que termina interpelando a la Universidad respecto del papel que va a cumplir, esta interpelación viene por parte del gobierno nacional y provincial, pero especialmente por parte de la OPS, organismo que siempre estuvo muy próximo a la Escuela dado el papel que jugó en la conformación del plan de estudios del 59 (con la reapertura) y en la

formación del cuerpo docente con el efectivo formato de becas y pasantías.

Es decir que ideológicamente sus protagonistas se enmarcan en este discurso, que tiene un fortísimo énfasis en la práctica de la Salud Pública. La OPS, como ya fue explicado continúa la labor de la Comisión Sanitaria Internacional (de la Rockefeller Foundation), que había combatido las enfermedades tropicales con gran éxito tanto en el sur de Estados Unidos como en América Latina, fundamentalmente Colombia, Brasil, Venezuela y toda América Central. Es decir que este discurso se impone por los efectos de verdad con que contaba en su haber.

La asignatura Salud Pública (así como los contenidos de Epidemiología que están presentes en las descripciones de dos asignaturas) es claramente un indicador de esta influencia: en el plan 69 de las dos materias clasificadas como “comunitarias”, casi el 71% de las horas (360 de 509) son prácticas, lo que se traduce en “salidas a terreno”: escuelas, centros de salud, domicilios.... “Con el maletín” tal como lo cuenta Juana D’Arco.

Sin embargo, esto tan fuerte y claro no fue la carta de presentación de la carrera en el marco de las “ciencias médicas”. La identidad estuvo más ligada a la “fundamentación científica” básicamente o principalmente referida a la patología (las asignaturas relacionadas con las ciencias biológicas duplican a las pertenecientes a las ciencias sociales). Hay una constante referencia a la preocupación por cómo ese profesional se presentaba, cómo hablaba y de qué. De aquí la idea reiterada de la disciplina, el orden, la prolijidad, la formación general; el intento permanente de “convencer al médico de que eran personas normales....” Esta preocupación se refleja también en el perfil, en el que se describen comportamientos que se esperan de los egresados en el que de los ocho objetivos propuestos sólo tres son de aplicación técnica y los demás son actitudinales, aunque quizá es aceptable pensar que todos suponen lo cognitivo pero ninguno hasta niveles de gran compleji-

dad. Por otro lado tres no pueden alcanzarse en condición de estudiante, sino que están expresados como una *eidos*, como un *deber ser* que deberá ser logrado en la actividad profesional. Subyace a estas “declaraciones” una “concepción pragmática, integrada a una filosofía positivista de la ciencia y al idealismo de la filosofía de los valores, acuñadas en la década del 70 como discurso pedagógico oficial” (Davini, 1998)

En cuanto al carácter fundacional que se apunta en el primer párrafo de este capítulo, esto se vio reflejado en la elaboración de los reglamentos de ingreso, de regularización, de aprobación, de los deberes y obligaciones de todos los claustros (Lib.32, 1964) (Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas, 1970) (Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario, 1971) (Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario, 1972) (Resolución N°43 (11) Serie "B" Libro 2, 1960). Esta actividad se verifica al interior de la institución que ofrecía todos los niveles de formación incluido una Licenciatura en Obstetricia que se mantendría por diez años.

“Hacia afuera” Rosa Pedrós crea la Asociación de Enfermería de la Provincia de Santa Fe, que luego participa de la Federación Argentina de Enfermería (FAE); participa de la creación de la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA), participa en la formulación de la ley 35/69 tratando para ello “junto con Córdoba”, directamente con el Gobierno Nacional. Se crean los Departamentos de enfermería, por lo que en 1970 también comienza un Programa de Capacitación en Servicio (había sido una de las recomendaciones del Informe Nacional de OPS para enfermería). Para esto también se gestiona un sistema de becas, financiado en este caso por el gobierno Nacional cuyos destinatarios fueron los Jefes de servicios provinciales o de Hospitales importantes de todo el país.

“...La integración docente asistencial era una problemática muy marcada por la OPS... no sé si se hizo

movidos por hacer una universidad en función de un contexto, en función de necesidades reales o era para ser disciplinadas con el mensaje que venía... Rosita era academicista y no se veía bien relacionarse con la Jefatura de la Provincia” (Informante 4)

“la invitación a participar a la provincia, a la municipalidad, siempre se dio pero (es mi opinión) yo siempre lo vi como un modo de ganar adeptos y defensores fuera de la institución, un modo de que se arraigara... había siempre un halo de elitismo, como que no entraba cualquiera, no se recibía cualquiera...” (Informante 3)

“el trabajo desde la escuela con el servicio siempre fue paralelo... nunca estuvimos a cargo de un servicio. Eduardo fue Jefe del Baigorria pero no me acuerdo si como parte de su cargo acá... no creo. Cuando se armó la Comisión, se trabajó mucho y se organizaron los talleres que los dictaban distintos docentes y de lo que resultaron normas, un diagnóstico y un programa de reorganización...Esto también se hizo con asesoramiento de OPS” (Informante 5)

“La Comisión de Integración Docente Asistencial fue muy importante y tuvo un trabajo en esta provincia sin precedentes en el país. Mientras los servicios no se modernizaran, mientras no compartiéramos un mismo idioma, nuestro egresado por una cuestión simplemente numérica si querés, primero, y de distinta formación después era totalmente incapaz de llevar a cabo modificaciones...” (Informante 6).

Estos relatos en torno al tema “Integración docente asistencial” aportan por un lado el hecho objetivo de que se llevó a cabo toda una serie de actividades con este eje, y que éstas fueron recomendadas, alentadas y asesoradas por OPS. Pero también puede deducirse de los cuatro relatos, dos miradas de política Institucional diferentes. En los últimos dos es clara la visión de conjunto de una estrategia que tiene consecuencias para la formación y que debía ser liderada por la Universidad.

También aparece una antinomia entre la mirada política y la académica. En este sentido, la Institución parece haber elegido la vereda “académica”. Esta es una visión compartida, heredada... ¿una marca? de la primera gestión de la escuela que lleva adelante ese programa de becas ya mencionado en vistas a una visión macro que incluye lecturas de lo nacional y de lo internacional.⁴

Otra marca de esa primera gestión será el modo de trabajo de los docentes (el “ser docente”, el significado acerca de cómo debía llevarse a cabo la tarea) basado en el “normalismo”: planificación de la clase, compañeros docentes que observan la misma y crítica o evaluación posterior. Esta práctica se seguirá manteniendo fuertemente hasta la década del 90’.

El plan 78’ viene precedido de una preparación pedagógica docente muy intensa en los que se “marca a fuego la taxonomía de Bloom”.

“...hizo contribuciones significativas a la Taxonomía de objetivos de la educación. Otras contribuciones estuvieron relacionadas con el campo del Aprendizaje y el Desarrollo Cognitivo. Bloom propone cambios del modelo tradicional a un nuevo modelo para la educación médica (Informe de la comisión Robert - Wood Johnson), el cual fue muy revolucionario y enriquecedor para el perfeccionamiento de la educación médica en el área de las Américas.

En 1956 Bloom propone una pirámide taxonómica para la adquisición del conocimiento por la que debe transitar el proceso de enseñanza aprendizaje, que comienza con un pensamiento

de orden inferior y escala hasta uno de orden superior, expresada en sustantivos, la cual fue muy usada hasta el año 2000 cuando sufrió transformaciones”. (Martínez Martínez, Miranda Martínez, & Crespo Toledo, 2013)

Al momento de decidir el cambio, “*se pensó hacia dónde queríamos ir, y se vio la necesidad de esta formación. La taxonomía la había traído Rosita de la segunda Maestría*”. “*la división de horas en dirigidas y no dirigidas fue una recomendación de los pedagogos*” En cuanto a la desaparición de las materias de Formación General, “*se pensó que había que darle más peso a lo específico de la carrera....*” (Informante 5)

En cuanto a esto (lo específico) habrá tres cuestiones que son nuevas y que cobran gran fuerza en la estructuración del objeto de estudio enfermero.

La primera tiene que ver con el “*proceso de Enfermería*”. Aparece constantemente este proceso como el “modo de aplicación del proceso científico en Enfermería”. De hecho las asignaturas tienen este nombre. La idea de que un todo puede ser “dividido” en partes y estudiadas (y aprendidas) por separado es una impronta que atraviesa todo el plan.

El diseño y el contenido del plan de estudios se inscriben en lo descrito por Díaz Barriga como sistemático (Taba) y tecnocrático (Mayer). Así podría criticarse la epistemología funcionalista en la que se basan estas teorías, y que convierte el diagnóstico de necesidades en una reducción a demandas pragmáticas, inmediatas y utilitaristas. Pero lo que no puede criticarse su coherencia.

4- Esto quiere ser un ejemplo de Política Institucional, no partidaria.

5- El “normalismo” que se introdujo en Argentina con Sarmiento con el fin de “educar al soberano” (es decir que se pensó como una política de educación universal) tenía sus bases en el positivismo pedagógico: etapas bien definidas de preparación, exposición, asociación, sistematización y aplicación. Tenía además un sesgo moralizante en el sentido que formaba en cuanto a hábitos ciudadanos de higiene y orden.

Otro elemento tiene que ver con la importancia dada a semiología y el examen físico. *“hubo mucho celo por el examen clínico por parte de las enfermeras, se había traído eso de Colombia.... Yo nunca me sentí preparada para esto y por supuesto depositamos todo esto en las de adulto... Esther, Alicia... eran las principales protagonistas de una enfermería por excelencia de muy alto nivel en cuanto a lo patológico. Ellas eran unas capas y nosotras las respetábamos mucho”*. (Informante 4)

Esta cuestión que puede tomarse como de contenido también tiene que ver con los supuestos biólogos que privilegian el saber este tipo de saber biológico, técnico, especializado. Es valioso observar cómo el mismo imaginario que se refuerza con el modelo dominante (“médico hegemónico”) que supuestamente se pretende combatir, se reproduce al interior mismo del cuerpo docente que se dividen entre “las capas” y las que no lo son porque no se sienten preparadas para auscultar, por ejemplo.

El tercer elemento a señalar es el peso o “jerarquía” que adquieren las ciencias sociales. A las psicologías, que además presentan una forma novedosa que no tiene que ver con la clasificación tradicional: ciencias psicosociales, psicopatología y psicología institucional; se les suma “Comunicación”. Estas asignaturas están mostrando que la elección de las mismas tiene que ver con la necesidad instrumental de estos contenidos para el enfermero y con una muy buena delimitación del “perfil”.

En cuanto al contenido de Epidemiología, se habla de la Historia Natural de la Enfermedad y se dan los contenidos técnicos que tienen que ver con

el estudio de la enfermedad y su distribución en las poblaciones. Se enseñaban en la asignatura “Proceso de Enfermería en el Hombre Sano” los seis cuadernillos que la OPS produjo para la enseñanza en el grado en el personal de salud de toda América Latina. (Unidad de Epidemiología. Programa de Personal de Salud. PALTEX, 1980)

Este plan de estudio aprobado nueve años después del histórico que había marcado un antes y un después en la Profesionalización de Enfermería, encuentra un cuerpo docente (alrededor de 30, la mayoría de dedicación full time), sedimentado. Se ha formado con el discurso oficial de la OPS desde el inicio de su actividad docente, y tiene claridad que el hombre es una “unidad bio- psico-social e histórico”, que la salud no es un punto opuesto a la enfermedad, sino que la salud tiene que ver con la capacidad de lucha, de adaptación activa; que el enfermero debe trabajar en los distintos niveles de prevención a partir del método científico que aplicado al trabajo de enfermería se llamará proceso de enfermería. Estos tres conceptos constituirán los ejes integradores de la carrera, y que años más tarde Durán de Villalobos definiría como tres de los cuatro “conceptos del metaparadigma”.⁶

“... la intención era comenzar por el sujeto... con cierto inobjetable estado de salud, por eso íbamos ahí donde las personas trabajaban y al centro de salud, donde se iba para un control. Luego se comenzaba con el ciclo vital y empezábamos con parto y puerperio. Si bien se iba al hospital no se consideraba que el embarazo o el parto fuesen una patología... De todos modos discutíamos acerca de cómo asignar las actividades a los estudiantes.... Básicamente dejamos de ir al hospital en primer año para enseñar técnicas como se hacía en Fun-

6- Estos serían para la autora: entorno, salud, sujeto y cuidado.

damentos. (Plan 69’)”

Otro elemento que permite valorar lo producido en este plan es el hecho de que en el mismo año los países firmaban el documento en Alma Ata por el que se comprometían a implementar la estrategia de Atención Primaria de Salud para alcanzar la meta de Salud para todos en el año 2000.

La cuestión acerca de cómo fue posible en ese año producir este cambio de plan de estudios con este contenido social, la explicación que da la directora de ese momento tiene que ver con que

“... probablemente no se consideraría que Enfermería fuera una carrera revolucionaria ni con fuerza para provocar ninguna desestabilización.... Recuerdo que fuimos a hablar con el Decano y le pregunté qué pasaba con el plan. Automáticamente agarró el teléfono y dijo: ‘esto ya va a Rectorado’. Al poco tiempo ya tuvimos la aprobación...”

El gobierno de la Universidad estaba en manos de un único claustro, el docente, y las decisiones las tomaba la gestión.

Sin embargo, a pesar del carácter progresista de las declaraciones y contenidos (tanto teóricos como prácticos) en cuanto al concepto de hombre, la presencia de las ciencias sociales, y/o la preeminencia de la salud sobre la enfermedad, que se describen en los planes 69’ y 78’, nunca llegan a revelarse como transformadores.

La hipótesis es que esto es así por la marca formativa que en los docentes tuvieron las agencias internacionales, la Fundación Rockefeller (FR) primero y la OPS siempre.

Como se planteó antes la sociología funciona-

lista que sirve como marco de referencia para estas organizaciones no permite ver cómo se producen los procesos de salud- enfermedad. En una reunión en la que se encontraban presentes Germán Rodas, Ana Paulina Malavassi y Emilio Quevedo, en una mesa redonda sobre “La importancia de la historia en la formación médica”⁷ realizada en Ecuador, luego de presentar los aportes de la Fundación Rockefeller en la formación de médicos, en las acciones contra las enfermedades infecto contagiosas y la formación en Salud Pública, agregan:

“Narra el inicio de la Fundación como empresa filantrópica para proteger a los trabajadores de sus empresas y a los países pobres a través de campañas sanitarias. Finalmente, analiza el plan de la Fundación en el que se considera al mundo como un ser vivo, con países enfermos y atrasados y con otros, ricos, que les ayudan brindando salud pero fundamentalmente manteniendo el capitalismo como sinónimo de progreso. La fundación Rockefeller recoge la ideología política de los Estados Unidos y la coloca en salud. Con este ejemplo, explica la carga ideológica que tiene la formación del personal en salud así como su trabajo y la necesidad de este conocimiento para un quehacer más consiente.” (Emilio Quevedo).

En 1992 se pone en funcionamiento el tercer plan de estudios desde el inicio de la Licenciatura. El plan 78 se había comenzado a revisar en el 86, como no podía ser de otro modo, con el asesoramiento de OPS. Los entrevistados son coincidentes en la “riqueza de ese proceso, dada la partici-

7- http://new.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=792:la-importancia-de-la-historia-en-la-formacion-medica-ejemplo-paradigmatico-la-fundacion-rockefeller-en-latinoamerica&catid=297:events&Itemid=360 consultado el 13 de marzo de 2013

pación de todos los claustros en reuniones, talleres o asambleas”. La desventaja del proceso fue su extensión.

En ese momento la Dirección puede “leer” el escenario que se avecina y rápidamente Rosario responde a la necesidad de la Profesión y de la Provincia ofreciendo el segundo ciclo a distancia (Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario, 1991), en realidad se trataba de una modalidad semi presencial. Hacía unos años que en el marco del programa de Educación Continua en Enfermería (Resolución Consejo Superior N° 374/81, 1981) la escuela había logrado un convenio con la Provincia para el dictado de estos cursos. Posteriormente se hace un contacto con la Fundación Kellogg que pasa a financiar el proyecto. Uno de los resultados del programa había sido la formación de tres centros tutoriales (en Reconquista, Santa Fe y Venado Tuerto), los que luego funcionaron para el apoyo y dictado del segundo ciclo.

Por otro lado el Director, convertido en Presidente de AEUERA, propuso en ese marco la extensión de esta experiencia a otras Universidades *“ya que era prioritario aumentar el número de egresados si como profesión queríamos lograr algún impacto en el ámbito de la salud”*.

La carrera tampoco escapó a las políticas de flexibilidad curricular que se recomendaban para el campo universitario. Algunas de estas modificaciones llegaron para quedarse, tal es el caso de la “Modificación del régimen de materias profesionales” (Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas, 1992), que hasta ese momento no se po-

dían rendir en calidad de libre. Otras tuvieron que ver con facilitar el ingreso de estudiantes provenientes de escuelas muy diversas y con planes de estudio muy disímiles, como la resolución sobre “Esquema tipo de equivalencias y correlatividades” (Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas, 1992); o la “Modificación de la Aprobación del Trabajo de Investigación Descriptiva” (Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas, 1994), de manera que fuera la Cátedra quien tomara las defensas orales de las tesis.

La necesidad de estas modificaciones reglamentarias no sólo estuvo ligada a la modificación en el dictado del segundo ciclo; sino también al aumento de la demanda. Esta fue en cierta medida esperada para dicho ciclo, pero un fenómeno que también ocurrió fue el aumento del ingreso al primer año de la carrera hacia fines de la década del 90’.

Convivir con la masividad fue un hecho “nuevo” para el que no había ensayadas respuestas. Los profesores que habían participado y se habían formado en estrategias de Educación semi presencial o a distancia, resolvieron sin tanto conflicto el nuevo escenario, pero hubo quienes insistieron en aplicar viejas recetas para nuevas situaciones.

El plan 92’ comienza a implementarse entonces en un contexto donde el plan no es el único cambio que los docentes viven. La institución vive una crisis de crecimiento muy rápido no sin conflicto. El grupo docente comienza a fragmentarse en muchos aspectos pero el de la formación

8- Nótese que esta resolución es del año 1991 por lo que, dado que había cierta dificultad para la aprobación del nuevo plan de estudios y ante la necesidad de comenzar con el programa en la Provincia, se aprobó esta modalidad de dictado para el segundo ciclo del plan 1978.

9- Esto no es un detalle menor ya que, si bien la ejecución del plan no es objeto de este estudio, se puede adelantar que la implementación del plan supuso permanentes debates respecto de “antes y ahora”; el lugar de la práctica; el papel de la presencialidad; además del hecho que se aumentara el número de docentes para hacer frente al aumento de la demanda de estudiantes en primer año que empieza a ocurrir a finales de esa década.

es el que va a interesar a los fines de este estudio.

El pensamiento del profesor, sus concepciones epistemológicas, sociales, pedagógicas atraviesan su labor mediatizadora (Gimeno Sacristán, 1998, pág. 200). Los entrevistados recuerdan con mucho placer dos instancias de capacitación organizadas por la Facultad. La primera realizada durante la dictadura que sirvió para trabajar con el resto de los profesores de la Facultad, conocerse *“se dieron cuenta que no éramos ningunas improvisadas...”*. La segunda instancia se hizo en el primer gobierno democrático y esa fue muy valorada por la perspectiva crítica que era un aporte absolutamente nuevo.

Por otro lado, en la institución existía un programa de Educación permanente que permitía el estudio constante, así como las prácticas diarias de planeamiento observación de clases y evaluaciones posteriores en cada asignatura, y en toda la escuela al inicio y al finalizar cada cuatrimestre. Estas modalidades “normalistas” creaban cierto estilo de orden pero sobre todo de uniformidad.

Durante la década del noventa las prácticas institucionales de formación docente se reducen drásticamente quedando en manos de cada docente la elección y el financiamiento de su formación posterior. Inclusive se reducen las instancias de coordinación intercátedra sobre todo en el número de actores que participan.

Sin embargo la lectura que hacen los docentes (por lo menos aquéllos que vivieron o escucharon acerca de ese “modo de ser institucional”) es que *“en la institución no se hace más”* este tipo de formación, no que el docente universitario se for-

ma de otro modo, de un modo autónomo, del mismo modo que se supone debemos formar al estudiante; y que fue la política universitaria la que cambió (también).

En cuanto al diseño curricular si bien podría decirse que hay una racionalidad técnica que subyace también hay algunos intersticios por los que se filtra otro tipo de racionalidad.

Los objetivos de la carrera son mucho menos prescriptivos que en los dos anteriores, lo que en la lectura diacrónica de los mismos se puede decir que hay una ruptura. Esto hace que las determinaciones al interior de las asignaturas, sus límites, sean más débiles y por tanto esto redunde en mayor libertad para el docente. (Berstein, 1985)

Una “marca” es, que desde el primer plan se da mucho énfasis a las “actividades de enseñanza” (Taba había indicado ésta como una de las siete actividades para la conformación del currículum) por lo que siempre hubo mucho empeño y creatividad en la incorporación de métodos, técnicas y estrategias nuevas. En este plan se alentó especialmente porque los docentes fueron formados especialmente en la elaboración de textos como medio maestro para la educación semi presencial con la consecuente elaboración de propuestas de acción para los estudiantes.

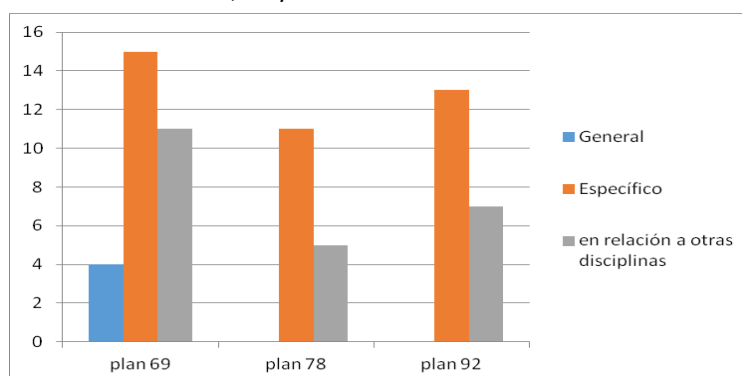
Siempre los supuestos de éstas tuvieron que ver con un rol activo por parte del estudiante, “crítico”, alentando relaciones horizontales de comunicación y acción entre el estudiante y el docente y entre los estudiantes entre sí. Todas estas caracterizaciones llevan a pensar en un intersticio por donde hay “racionalidad hermenéutica”.

El obstáculo más importante para pasar a imbuir al plan de estudios de esta racionalidad o de una crítica, es que el objeto disciplinar no está fuertemente desarrollado. Aunque el curriculum parece brindar las herramientas para ir en el camino de su desarrollo: aparece una materia que sólo trata este tema, esto también puede leerse como un avance ya que es la primera vez que ocurre y por otro lado hay un aumento de las horas dedicadas a Investigación y Tesina (se prevé su elaboración dentro de los años de formación) ya

que este salto no puede darse si no hay la formación teórica epistemológica es decir no sólo aquello que tenga que ver con el manejo del conocimiento propio de la disciplina: teorías, leyes, principios, conceptos; sino que también es necesario incorporar los aspectos que hacen a la construcción del conocimiento, sus procesos de adquisición y de dominio crítico.

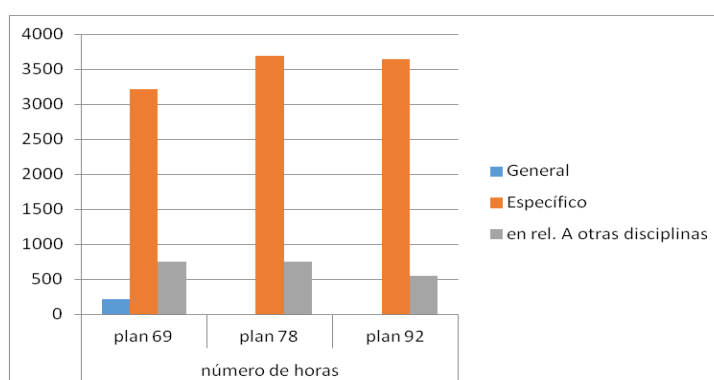
En cuanto a los planes de estudio y las áreas de conocimiento y lógicas clasificatorias, los cuadros muestran que las horas asignadas al conoci-

Gráfico N° 1
Número de asignaturas según áreas de conocimiento
Planes 69, 78 y 92. Escuela de Enfermería- UNR



Fuente: elaboración propia.

Gráfico N° 2
Número de horas según áreas de conocimiento- Planes 69,
78 y 92- Escuela de Enfermería - UNR



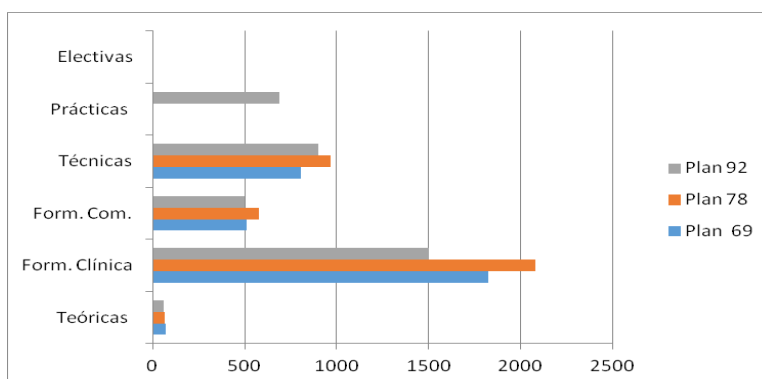
Fuente: elaboración propia.

miento específico prácticamente se ha mantenido a lo largo de los tres planes, no así el de formación general que sólo está presente en el primer plan de estudios. En cuanto al peso de las asignaturas relacionadas con otras disciplinas hay una disminución en el plan 92. El cuadro que señala hasta qué punto el número de materias resulta engañoso para lo que aquí se analiza, la jerarquía, cuyo verdadero indicador son las horas. Sin embargo, es interesante analizar cómo estas asignaturas representan más de la mitad de las específicas, cuando

en horas representan el 14%.

El debate acerca del tipo de conocimiento que se requiere en la formación profesional universitaria es de primera necesidad. Hay autores que plantean la necesidad de una fuerte formación teórica ante el embate de ceder adecuando los currícula a las demandas profesionales del mercado. Y en todo caso generar también correctas “lecturas de las demandas”, de modo de elegir “correctamente los hilos de la urdimbre”¹¹

Gráfico N° 3
Distribución de las horas en las sub áreas clasificadas como del área “específica”- Planes 69, 78 y 92 – Escuela de Enfermería- UNR



Fuente: elaboración propia.

El gráfico muestra que dentro del área específica, la que concentra la mayor cantidad de horas son las materias de “Formación clínica”, siguiéndoles la de “Formación técnica”, luego “comunitaria”, y finalmente con un máximo de 60 hs. Las materias teóricas. Esta distribución que se mantiene también estaría dando cuenta de aquello que se estabiliza en la formación del Licenciado en Enfermería. En el plan 92 aparece por primera vez materias puramente “prácticas”, lo cual expli-

caría la disminución en el área de formación clínica.

Con respecto a la relación teoría práctica no se trabajó ese tema (lo cual constituye una debilidad del estudio dada la profesión de la que se trata) porque sólo el plan 69 discriminaba el tipo de actividad. Vale la pena detallar cómo en los relatos surgidos de la entrevista se valora el tipo de práctica clínica, “al lado del paciente”, el tipo de modalidad (internado), y de hecho la jerarquía que

11- Se hace alusión a la analogía utilizada por Moreno (Moreno, 2007) y citada en el punto 2.3 de este estudio.

tiene: el 54 % de las horas son de experiencia clínica. Sin embargo la valoración de los créditos es inversa: cada hora teórica es un crédito, mientras que cuatro horas de experiencia clínica valen lo mismo. Esto evidencia el carácter subsidiario de la práctica, como un espacio de “ensayo error”, donde se aprende por repetición, por entrenamiento a hacer y a generar hábitos (la característica del hábito es la repetición) de orden, de limpieza, de pulcritud (¿una marca victoriana?).

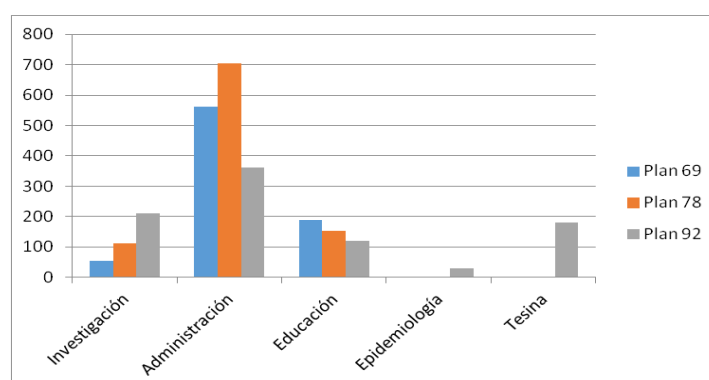
Al coincidir el diseño (el de este plan y el del 78 totalmente y en parte el del 92) con uno compatible con la racionalidad técnica lo primero que se produce es una división entre la teoría y la práctica,¹² lo que lleva a una separación entre la universidad y los servicios, entre los profesores y los JTP, entre el tipo de conocimiento que se ofrece. Se trata de una división que conlleva el establecimiento de jerarquías. Ahora bien otra conse-

cuencia es que en ámbitos donde se valora lo técnico, y entre los profesionales que lo hacen hay un desprecio por la teoría: “sólo la experiencia enseña” (lo que resulta valioso desde esta postura).

Si la racionalidad no cambia se corre el riesgo de proponer más “práctica” pero que despojada de teoría, se la potencie sin ningún cambio de concepción y fundamentación epistemológica.” (González Sanmamed, 1995, pág. 55)

Sí se observa un cierto desplazamiento en las asignaturas del área técnica, en el plan 92 que por otro lado se justifica con las competencias que el documento establece para este graduado: “Capacitar al estudiante para desempeñarse en el campo de la investigación en enfermería, administración de servicios y educación para la salud.” Ninguno de los tres planes tiene espacios curriculares electivos.

Gráfico N° 4
Horas de las asignaturas clasificadas como del área “técnica”
Planes 69,78 y 92- Escuela de Enfermería- UNR



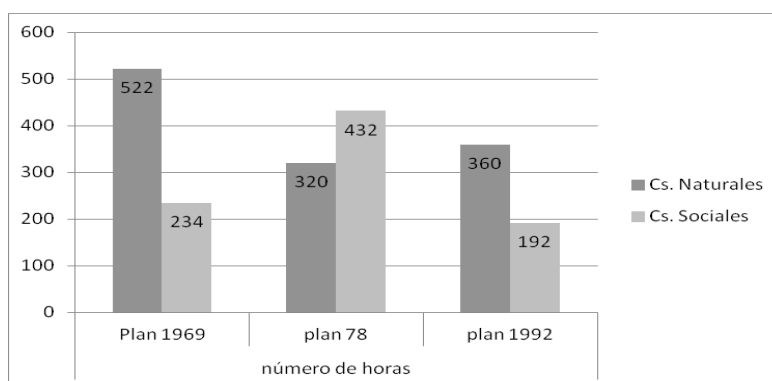
Fuente: elaboración propia.

12- En los planes 69 y 78 aunque tuvieran notas diferentes y se aprobaran por separado. La integración pasaba por el docente que era el mismo en ambos espacios. A poco de implementarse el plan 92 se produjo una escisión entre los profesores que planifican, coordinan y dan clases y los JTP que tienen a cargo la experiencia clínica. Esta situación fue modificándose.

En este gráfico se verifica que en el plan 92 aumentan el número de materias del área. Tal es el caso de Epidemiología que se convierte en un espacio curricular independiente a pesar de que como contenido estuvo siempre presente en los distintos planes. También se observa un desplazamiento importante hacia Investigación. Cabe aclarar que acá aparece Tesina que en realidad es el

tiempo asignado al alumno para que logre concluir su tesis de grado durante el cursado, cosa que no es contemplado en los otros dos. También debe considerarse que no se contabiliza el espacio de práctica donde si bien constituye un espacio de integración, la mayoría de los requerimientos de la segunda (Práctica Integrada II) tienen que ver con la gestión de los servicios.

Gráfico N° 4
Horas de asignaturas clasificadas como de formación “en relación con otras disciplinas”
Planes 69, 78 y 92- Escuela de Enfermería- UNR



Fuente: elaboración propia.

Este gráfico muestra las variaciones que se han producido en las horas asignadas a estas asignaturas durante los diferentes planes. La disminución de horas en el sub área biológica quizá pueda explicarse por la mayor integración a la que han tendido los planes. No es muy claro si lo mismo puede aplicarse para las asignaturas del área social, las cuales disminuyeron más de la mitad respecto del plan 78 en un contexto en el que se pone gran énfasis en que la enfermería misma pertenece a este campo.

En cuanto a la secuencia y ritmo de los distintos planes, en general los dos primeros (69 y 78) presentan una secuencia clara, ritmo rápido y lími-

tes bien definidos, aunque en el del 69 el número de asignaturas parece acelerar aún más el ritmo.

El plan 78 también es un curriculum agregado, los contenidos están claramente definidos y agrupados. Los límites son muy claros. Sin embargo se explicita que la integración se realiza al interior de cada asignatura “profesional” de los aportes que hagan las “contributorias”.

El diseño supera la fragmentación existente en el plan de 1969.

El mismo esquema de cumplir una función de integración por parte de las materias “profesionales” y de superar mayores niveles de integración se repite en el plan 1992, aunque la

mayor flexibilidad lo hace menos efectivo.

Discusión

Si se tuviera que marcar una tendencia en cuanto a los planes de estudio, puede decirse que se va en dirección a una reducción en el número de asignaturas y hacia una mayor integración, preferentemente al interior de las materias profesionales. Primero (plan 78) “ayudada” por la explicitación de modos de coordinación horizontal y vertical y luego sólo evidenciada por los “ejes integradores”. Aunque la poca claridad de límites o la mayor flexibilidad en los marcos prescriptivos hacen esa integración menos efectiva.

El problema pedagógico que persiste es que para la formación de Enfermeros el objeto del que estamos hablando es uno que se inscribe en el ámbito de lo humano, no de lo biológico, por lo que la utilización de modelos mecanicistas de enseñanza, en los que subyace una racionalidad técnica, donde el aprendizaje se limita a la aplicación de normas y protocolos, donde los objetivos son la meta y alcanzarlos equivale a aprender, donde el contenido teórico se piensa separado del contenido práctico, y en el que además éste se piensa como “devaluado” o como ocasión para aprender en la medida que permite el ensayo, pero despojado de teoría; resultan no sólo insuficientes sino retardatarios de cualquier posibilidad de cambio que implique crear, pensar, intuir nuevas formas de cuidar.

Esto también está en la base (es una de las

cosas) de que aún después de quince años de haber entrado en programas de incentivos para la investigación, no se hayan producido, no modelos, pero al menos indicadores de cuidado.

En este sentido la debilidad epistemológica de la propia disciplina Enfermera tiene que ver con que los cambios en todos estos años tuvieron más que ver con las corrientes teóricas internacionales que con las producciones y las realidades locales. En este sentido hay continuidad en los planes que coinciden con las líneas más conservadoras de OPS.

Por ejemplo en el plan 92, el hecho de que haya mayor jerarquía de los contenidos sociales por sobre los de las ciencias naturales y de que éstos se concentren en una sola asignatura que además se encuentra en primer año, puede estar compensado por una gestión curricular que coordina permanentemente la tarea docente en relación a los fines.

A la luz de la distribución de los contenidos relacionados con otras disciplinas, la disminución de las horas de contenidos de ciencias naturales, no necesariamente debería interpretarse como un corrimiento del paradigma biologista, ya que no hay un correlato de aumento de horas hacia saberes que le den al estudiante una formación crítica de las ciencias sociales. Mientras los planes de estudio no se basen en teorías críticas que permitan comprender y cuestionar el mundo dado, que interpelen la práctica y sea esta interpelación constante la usina del saber enfermero, no podremos asistir más que a una cosmética curricular.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramzón, M. (2003). Los recursos humanos en Salud la Argentina. Una mirada a los datos. Información estratégica para la toma de decisiones. Dos estudios (Primero ed.). Buenos Aires: Observatorio de Recursos Humanos en la Argentina. Representación OPS/OMS
- Abramzón, M. (2005). Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004 (Primera ed.). Buenos Aires: Representación OPS/OMS en Argentina.
- Abramzón, M. (2006). Argentina: Recursos Humanos en salud en 2004. La distribución geográfica (Primera ed.). Buenos Aires: Representación OPS/OMS en Argentina .
- Abramzón, M. y. (2001). Recursos Humanos en Salud en la Argentina: Análisis de su evolución 1992-1998 (Primera ed.). Buenos Aires: OPS/OMS.
- Apple, M. W. (1996). Ideología y currículo (Primera española ed.). Madrid: Ed. AKAL.
- Bernal Becerril, M., & Ponce Gómez, G. (2009). Propuesta para la enseñanza del cuidado en Enfermería. Revista de Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, 6 (6), 33-41.
- Berstein, B. (1985). Clasificación y enmarcación del conocimiento educativo. Revista Colombiana de Educación(15), 47-74.
- Camilloni, A. (1991). Alternativas para el régimen académico. Revista IGLU, Octubre(1), 25-32.
- Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas. (15 de Octubre de 1970). Resolución N° 320 "L" 38. Reglamento de exámenes parciales o finales en lo referente a ausencias . Rosario.
- Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas. (4 de Mayo de 1992). Resolución N° 568/92. Modificación régimen de aprobación de las materias Profesionales. Rosario.
- Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas. (4 de Mayo de 1992). Resolución N°570/92. Esquema tipo de equivalencias y correlatividades. Rosario.
- Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas. (14 de Marzo de 1994). Resolución N° 3537/94. Modificación de la Aprobación del Trabajo de Investigación Descriptiva. Rosario.
- Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario. (13 de Diciembre de 1971). Ordenanza N°71/72. Reglamento para el ingreso a la carrera de Enfermería. Rosario.
- Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario. (24 de Febrero de 1972). Resolución C. S. N°32/72. Programa Analítico de Orientación de la carrera de Enfermería. Rosario.
- Consejo Superior Universidad Nacional de Rosario. (5 de Marzo de 1991). Resolución C. S. N°022/91. Programa a distancia para el segundo ciclo de Enfermería. Rosario.
- Davini, M. C. (1998). El curriculum de Formación del Magisterio. Planes de estudio y programas de enseñanza (Primera ed.). Buenos Aires: Miño y Dávila editores.
- Díaz Barriga, Á. (1986). Didáctica y Curriculum (Cuarta ed.). México: Ediciones Nuevaumar.
- Espino Muñoz, S., Malvárez, S., Davini, M. C., & Heredia, A. M. (1995). Desarrollo de Enfermería en Argentina (1985-1995) (Publicación n° 42 ed.). Washington: OPS/OMS.
- Falco Peguerolas, A. (2004). La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. Educación Médica, 7(1), 42-56.
- Gimeno Sacristán, J. (1998). El curriculum: una reflexión sobre la práctica. Madrid: Morata.
- González Fernández, N., & Lobato Fraile, C. (2008). Evaluación de las competencias sociales en estudiantes de enfermería. Bordon, 60(2), 91-105.
- Gonzalez Sanmamed, M. (1995). Hacia una conceptualización del aprendizaje y de la enseñanza. En M. González Sanmamed, Formación Docente: perspectivas desde el desarrollo del conocimiento y la socialización profesional (págs. 43-75). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Grundy, S. (1987). Producto o praxis del curriculum (Primera ed.). Madrid: Ed. Morata.
- Guevara , E. B., & Mendias, E. (2001). La reforma del sector salud y sus implicancias para la práctica, la regulación y la educación de enfermería: un estudio de cinco países. En Paltex (Ed.), Serie Desarrollo de Recursos Humanos - N°27 (pág. 133). Washington: OPS/OMS.
- Jackson, P. W. (1991). La vida en las aulas (Segunda ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Kemmis, S. (1993). El curriculum: más allá de la teoría de la reproducción (Segunda ed.). Madrid: Ediciones Morata.

Koselleck, R. (2001). Los estratos del tiempo: estudios sobre la historia. Barcelona: Paidós.

Lib.32, R. N. (16 de Enero de 1964). Reglamento para la Escuela Universitaria de Enfermería. Rosario.

Maceira Ochoa, L. (2005). Investigación del currículum oculto en la Educación Superior: Alternativa para superar el sexismo en la escuela. . Revista La Ventana. (21), 187-227.

Malagón Plata, L. A. (2008). El currículo: perspectivas para su implementación. Investigación y Educación en Enfermería, XXVI(2), 136-142.

Martínez Martínez, A., Miranda Martínez, D., & Crespo Toledo, Y. (Nov- Dic de 2013). Abraham Flexner, Benjamin Bloom y Fidel Ilizástegui Dupuy: paradigmas de la educación médica panamericana. Revista de Ciencias Médicas, 00-00.

Medina Moya, J. L. (2005). Deseo de cuidar y voluntad de poder: La enseñanza de Enfermería (Primera ed.). Barcelona: Publicaciones iEdiciones. Universidad de Barcelona.

Medina Moya, J. L., & do Prado, M. L. (2009). El currículum de enfermería como prototipo de TEJNÉ: racionalidad instrumental y tecnológica. Texto y contexto de Enfermería, 18(4), 617-26.

Noriega, R. (1985). Tendencias y perspectivas de la Investigación sobre personal de salud de las Américas. Educación Médica y Salud, 19(1).

Ojeda, M., & Veiravé, D. (2003). El diseño curricular, una práctica docente. Concepciones epistemológicas, pedagógicas, didácticas y de los Factores Institucionales. Resistencia: Universidad Nacional del Noreste (UNNE).

Palencia, E. (2006). Reflexión sobre el ejercicio docente de enfermería en nuestros días. . Investigación educativa en Enfermería, 24(2), 130-134.

Pérez Andrés, C., Alameda Cuesta, A., & Albeniz Lizarraga, C. (2002). La formación práctica de Enfermería en la Escuela Universitaria de enfermería de la comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesores asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. Revista Española de Salud Pública, 76(5), 121-134.

Piera Orts, A. (1998). Análisis de la formación de las enfermeras. De los usos y métodos de investigación cualitativa. Cultura de los cuidados, II(3), 46-51.

Resolución Consejo Superior N° 374/81. (22 de Septiembre de 1981). Creación del Programa de Educación Continua en Enfermería. Rosario.

Resolución N°1522 "M"- Libro 35. (18 de Agosto de 1967). Plan de Educación en Enfermería Universitaria por Ciclos. Rosario.

Resolución N°43 (11) Serie "B" Libro 2. (23 de Septiembre de 1960). Consejo Directivo Facultad de Ciencias Médicas. Reglamento de la Escuela de Enfermería Universitaria. Rosario.

Sacristán, J. G. (1998). El Currículum: una reflexión sobre la práctica (Séptima ed.). Madrid: Ediciones Morata.

Sautu, R. (2005). Todo es teoría. Objetivos y métodos de investigación (Primera ed.). Buenos Aires: Ediciones Lumiere S. A.

Sautu, R. (2007). Práctica de la Investigación cuantitativa y cualitativa. Articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas (Primera ed.). Buenos Aires: Ediciones Lumiere S. A.

Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). Manual de metodología (Primera ed.). Buenos Aires: Clacso Libros.

Schwab, J. (1989). Un enfoque práctico como lenguaje para el currículum. En J. Gimeno Sacristán, & A. Pérez Gómez (Edits.), La enseñanza: su teoría y su práctica (págs. 197-209). Madrid: Ediciones Akal S. A.

Tovar, M. C., & Villegas, L. S. (2000). Opiniones de los estudiantes de enfermería de la Universidad del Valle sobre los principios orientadores del nuevo currículum de enfermería. Preferencia de los estudiantes. Colombia Médica, 31(1), 3.

Unidad de Epidemiología. Programa de Personal de Salud. PALTEX. (1980). Principios de Epidemiología para el control de Enfermedades. Washington D. C.: OPS/OMS.

Zaider Triviño, A., & Sanhueza, O. (2005). Paradigmas de investigación en Enfermería. Ciencia y Enfermería, XI(1), 17-24.

Relatos en primera persona: Experiencias de internación en cuidados intensivos.

RESUMEN

El presente trabajo se propone mostrar una “experiencia de internación” en una Unidad de Cuidados Intensivos, que pone de relieve el padecimiento que conlleva dicha situación. Se trata de evidenciar como las dinámicas con que se configuran en general las unidades de cuidados intensivos, inciden no solo en el cuerpo “físico-biológico”, sino que involucran el plano psíquico, generando en algunos casos, sufrimiento psíquico, con angustia y sentimientos de desprotección.

Las unidades de cuidados intensivos, a nuestro entender, se constituyen en “instituciones totales” (Goffman, E. 2009) entendidas como espacios que reemplazan la vida cotidiana de los sujetos, creando y sosteniendo un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, el cual despoja al sujeto de todo su equipo de identificación (ropa, elementos personales, manejo de sus hábitos de alimentación, descanso y sueño, familia) desencadenando en algunos casos la pérdida del sentido de seguridad personal, al generar la impresión de encontrarse en un ambiente que no garantiza su integridad física, sin tener además la posibilidad de defenderse, debido en muchos casos

al tratamiento recibido (como por ejemplo estar bajo los efectos de sedación).

La intención es, hacer visible el aspecto subjetivo del cuidado. El creciente avance de los dispositivos asociados a la hipermedicalización y tecnologización de la vida, montados sobre el discurso que plantea su necesidad debido al riesgo inminente que corre la vida, y que se ponen en juego al momento de ingresar a este tipo de unidades, produce en algunos casos un proceso de deshumanización en los términos que Goffman plantea como “des-identificación del Yo”, en donde el cuerpo biológico asume un predominio sobre todos los demás aspectos que configuran su “ser” y que llevan a una “cosificación” del paciente internado.

Se trata de recuperar los relatos y experiencias de internación de los sujetos, que a nuestro entender, resultan centrales a la hora de comprender la diversidad de formas de experimentar el padecimiento y la internación, para poder instalar la reflexión acerca de los cuerpos como significantes sociales, y de los procesos de deshumanización del cuidado con la consiguiente necesidad de re-humanizarlos.

Palabras clave: Cuerpos, medicalización, cuidados humanizados, sujetos, enfermería.

1- José A. Molina es Licenciado en Enfermería, (UNLZ) Profesor Universitario en Enfermería (U. del Salvador) y Diplomado en Educación Médica (UNT) mail de contacto: ajmceb@gmail.com

2- Karina Espíndola es Licenciada en Enfermería (Facultad de Medicina de la UBA) y Antropóloga (Facultad de Filosofía y Letras de la UBA). Profesora Asociada del Taller de Investigación I, II y III e investigación en enfermería I y II de la Licenciatura en Enfermería. Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes. karina.espindola@unq.edu.ar

Un avance de este trabajo fue presentado en las I Jornadas Interuniversitarias de la Región Metropolitana y conurbano bonaerense en septiembre de 2017 organizadas por la Universidad Nacional de Quilmes.

INTRODUCCION:

La condición por la que pasa el sujeto internado, así como los fines de la institución que lo inscribirá en su funcionamiento, pueden ser abordados desde la significación y construcción de la vivencia y la representación de la enfermedad por quienes están internados en la terapia intensiva.

El presente artículo se propone poner de manifiesto los procesos de construcción de sentido en relación a determinadas enfermedades y padecimientos, en las circunstancias particulares de una internación en terapia intensiva. Sobre todo persigue el interés de mostrar los posicionamientos desde dónde los sujetos realizan la ruptura con los límites de las condiciones establecidas e intentan generar una estrategia que pueda poner un límite al proceso de “mortificación de su yo” (Goffman 1967) que indefectiblemente implica su consiguiente “des-identificación”. Siguiendo a Batallán y García planteamos que los sujetos en algunos casos son intérpretes polémicos de su realidad y luchan por revertir determinadas situaciones desventajosas. (Batallán G; García J. 1992)

Esta problemática se inscribe en el campo de la salud, específicamente en relación con los espacios institucionales donde se desarrollan los hechos; pero además incorpora conceptos provenientes del campo de la antropología del cuerpo, en la medida que el cuerpo pasa a ser considerado un recurso plagado de sentidos, a título de la enfermedad o del sufrimiento. También considero que podría ser inscripta siguiendo a Jimeno (Jimeno 2004), dentro del campo de la antropología de las emociones, en la medida que intenta dotar de sentido a las experiencias dolorosas del sujeto desde una perspectiva social. Jimeno propone trabajar el concepto de “emoción” no como si fuera una “cosa” (Jimeno M. 2004) que se expresa en un mensaje, sino más bien en enfocar el mensaje emotivo como

constituido en una relación contextualmente codificada.

La expresión emocional sería una verbalización de patrones culturales que existen para el intercambio de mensajes, donde la emoción no es lo opuesto a la razón y al pensamiento. Emociones, pensamientos e intenciones formarían parte de una estructura contextual que los vincula en la misma unidad y el remite al contexto de los contextos. (Jimeno M.2004)

En este sentido queremos señalar la centralidad de reconocer la historicidad de los procesos, la agencia de los sujetos, la acción significativa en articulación con otros aspectos de significado cultural y con la estructura social, (Giddens 1982, Rockwell 2009), la concepción de un mundo atravesado por el lenguaje (Gadamer 1993, Lahire 2006, Ricoeur 1984) el eje puesto en la narrativa (Ricoeur 1984, Piña 1989) el lugar de la memoria en la configuración del relato (Portelli 1989), y el valor de la entrevista (Cicourel 1982).

Esta temática, a nuestro entender resulta central para pensar cuidados de enfermería de calidad, desde una perspectiva humanizadora que supere la mera manipulación del cuerpo para incluir dentro del abanico de cuidados, el concepto de fragilidad bio-psico- espiritual por el que atraviesan las personas internadas.

Aspectos Metodológicos

Metodológicamente se ha elegido un enfoque que considera el análisis de la situación de enfermedad desde la experiencia vivida. Este enfoque centrado en las historias de vida, se propone contar en primera persona, es decir desde la propia mirada del sujeto, su experiencia de internación en una unidad de cuidados intensivos- Siguiendo a Piña (Piña 1989) la narrativa interesa en tanto constituye “un relato de vida en donde el sujeto al narrar su historia, va construyendo en tal discurso una

imagen del sí mismo desde una posición existencial (ubicación temporal, social, espacial. Este relato se sustenta sobre el mecanismo de la memoria que actúa trayendo hasta la actualidad de un modo consciente o no, fragmentos de su pasado reconstruidos desde el tiempo presente (Piña 1989). A través del recuerdo, el pasado es lingüísticamente reproducido, “es revivido con todo lo artificial e inexacto que pueda haber en tales conceptos.”(Piña 1989)

Este enfoque teórico-metodológico se apoya en el supuesto acerca de que cuando el sujeto cuenta su vida muestra un discurso interpretativo (montajes, omisiones, encadenamientos, atribuciones de causalidad) cuya particularidad es estar estructurado en torno a la construcción de una versión del sí mismo, en base a atribuciones de significado pre existentes en su entorno cultural. (Piña 1989)

Esta forma de abordaje permite hacer visible las tensiones presentes entre la perspectiva “objetiva” de existencia de “enfermedades sin sujetos” y el punto de vista del enfermo. Es decir, cómo la enfermedad es vivida y afrontada, qué consecuencias tiene para el sujeto y qué comportamientos suscita en los otros. La inclusión del punto de vista de los sujetos, a nuestro entender facilita la visibilidad de los sentidos asignados a determinada situación experimentada. Estos sentidos están mediados, contruidos y reconstruidos desde el lenguaje pero no se agotan en él sino que van más allá de lo dicho.

Siguiendo a Ricoeur (Ricoeur, P. 1984) destacamos la relevancia simbólica de la narrativa y de la cualidad pre-narrativa de la experiencia humana. Para el autor, la vida es “una actividad en búsqueda de ser narrada.” (Ricoeur 1984) El simbolismo confiere a la acción una primera legibilidad, haciendo de la acción un cuasi texto para el cual los símbolos proporcionan las reglas de significación en función de la cual una conducta determinada puede ser interpretada. El lenguaje del cuerpo, las entonaciones, los gestos, los si-

lencios, los sobreentendidos, la pronunciación dan sentido a las palabras.

Sobre la base de estos elementos, y tendiendo a destacar la dimensión subjetiva que constituye el proceso mismo de enfermar y su reconocimiento, es que se ubica esta perspectiva de abordaje, como categoría diferenciada de la enfermedad y del cual se pretende dar cuenta.

La experiencia en primera persona

“El día lunes 31 de octubre de 2016 a las 6 de la mañana, mientras me duchaba, sentí un fuerte dolor en el pecho. Supuse que sería un INFARTO. Como pude salí de la ducha, me sequé y pedí ayuda a mi familia. Me ayudaron a vestirme y me ofrecieron acompañarme a la guardia médica de un Hospital Privado. Les pedí que por favor llamaran una ambulancia y así lo hicieron”

Así empieza esta historia, en primera persona. En primera persona confluyen el autor, los investigadores y el sujeto que ha experimentado una internación en una terapia intensiva. Para ello consideramos necesario hacer explícito el lugar desde donde hablamos. Ambos somos enfermeros con una larga trayectoria profesional, en uno de los casos, con más de treinta años no solo en la atención directa de pacientes internados en terapia intensiva, sino también en el campo de la gestión de instituciones de salud y de la formación de enfermeros en el ámbito universitario, además de nuestros desarrollos personales en el campo de la investigación disciplinar. Desde este lugar consideramos el valor y la riqueza de contar esta experiencia como dijimos en primera persona. Una primera persona que es a la vez forma parte del sistema de salud y conoce su dinámica, su código comunicativo, sus problemáticas. Esa primera persona que se vio expuesto en su doble condición: la de enfermero y docente, y la de paciente al mismo tiempo.

Esa primera persona que además conoce y reconoce que las experiencias de internación no necesariamente deben ser experiencias dolorosas para los sujetos, pero que a pesar de ello experimenta el padecimiento durante su internación.

A un año de aquel doloroso evento, nos proponemos analizar aquella situación desde una perspectiva antropológica, tratando de colocar en un eje conceptual aquella experiencia en término de los sentidos asignados a los cuerpos, a los sujetos, y a la enfermedad.

Posicionándonos en el sentido más extremo del concepto de “implicancia” planteado por Althabe (Althabe G. y Hernández V. 2004), hacemos visible un doble rol: el de ser investigadores pertenecientes al campo de la salud por un lado y por otro en el hecho de que uno de ellos ha participado como actor interno principal de la situación narrada, una situación vivida en espacios-tiempos profesionales. El análisis que aquí presentamos haciendo explícito ese doble rol se construye desde un ejercicio reflexivo permanente alrededor de algunas cuestiones metodológicas relacionadas con la “distancia” entre el investigador y su objeto de indagación, es decir, que siempre estuvo presente la preocupación por generar una objetivación que nos permitiera “remover “la apariencia naturalizada del “mundo social”, en este caso de la terapias intensivas. Permanentemente y a modo de vigilancia epistemológica nos hemos planteado nuestra “implicancia” en este espacio.

“Cuando irrumpe la enfermedad y amenaza la vida”

“Llegué a la guardia, la atención del personal de Enfermería y médico fue muy satisfactoria, todos se movían rápido y eficazmente. Me derivaron a estudios de imágenes, vi como un residente de cirugía traía cajas con material quirúrgico, ya que la médica que me asistía me dijo que era un Neumotórax hipertensi-

vo, a partir de ese momento no pude recordar nada más, salvo episodios aislados.”

“Lo que si recuerdo es que estaba en una cama y sentí movimientos a mi alrededor, cuando me di vuelta hacia mi derecha, alcancé a ver a dos personas vestidas con camisolín, barbijo gorro, guantes estéril etc. etc., y un trocar (un tipo especial de aguja) de más de 30 cm. Pregunté que me iban a hacer, me respondieron: “Date vuelta”. Esa respuesta me puso muy inquieto, ansioso. Me puse a llorar (de impotencia frente a tal avasallamiento) diciéndoles que ellos tenían que explicarme que me iban a hacer”. Una enfermera se acercó a mí y me calmó diciendo que ella me iba a cuidar, que mientras ella estuviera de guardia no me iban a tocar... Evidentemente pasaron a una determinación más fácil, sedación seguramente (no recuerdo más nada)”

En el campo de la salud, la tecnologización de las vidas que constituye una estrategia de la modernidad, en muchos casos, ha contribuido a exacerbar la fragmentación del sujeto hasta llegar a un punto extremo de “cosificación” observado y referido en este relato precedente acerca de las unidades de cuidados intensivos.

En este sentido Goffman en 1967, ya está planteando una tensión y un conflicto permanente entre las normas humanitarias y la eficacia institucional, señalando un ejemplo: los efectos personales de un individuo son parte importante del material con que se construye su yo. Los mismos son eliminados en la medida que pueden dificultar el funcionamiento normal de la institución. (Goffman, 1967)

“Indagando a personas allegadas que estuvieron en mi internación una vez que pasé a una habitación, dan testimonio que yo me quejaba mucho del procedimiento efectuado - colocación del drenaje bajo agua, sin anestesia y me habían hecho sufrir mucho. El personal de enfermería sugería que yo estaba confuso,

¿(hipoxia)?”

“Recuerdo que me hicieron un estudio en un lugar que no puedo determinar (si fue antes o después) del incidente narrado con anterioridad. Cuando salgo de ese estudio, me vienen a buscar un camillero y un residente de cirugía, quienes toman una actitud de ninguno hacia mi persona. Esto me puso muy ansioso y no quería que me tocaran y tuvo que intervenir el médico que me hizo el estudio solicitando me deje poner el oxígeno, diciéndome “que no era nada”. (Lo que él no vio fue lo que me habían hecho segundos antes).

El relato presentado señala un momento donde el individuo comprueba que su respuesta defensiva falla en la nueva situación; no puede defenderse ya en la forma habitual poniendo cierta distancia entre la situación mortificante y su “yo”. Estos procesos de mortificación descritos por Goffman se disponen para demostrar al actor que ha perdido la función del dominio sobre su mundo. Se rompe la intimidad que guarda sobre sí mismo, que asimismo produce una ruptura en la relación habitual entre el actor y sus actos. *Se viola la autonomía misma del acto.* (Goffman 1967)

La pérdida del propio nombre puede representar una gran “mutilación del yo” el cual genera un deterioro personal consiguiente al retiro del equipo de identificación. Goffman hace referencia a estos dispositivos denominándolos la “mortificación del yo” a través del cuerpo, en donde suele perderse el sentido de la seguridad personal. La pérdida del equipo de identificación puede impedir que el individuo se muestre ante los demás con su imagen habitual.

“Luego tengo recuerdos como de una pesadilla, como que yo estaba durmiendo en mi casa y no podía despertarme, veía luces muy fuertes y la sensación de una caída libre. Posteriormente me desperté en UCI intubado y con todos los accesorios habidos y por haber. (Post cirugía torácica, donde se procedió a suturar las bullas y fistula que aún perdían como si fueran

una chimenea. (Según versión del cirujano torácico). Estuve allí alrededor de 14 días. Obviamente por estar intubado no podía hablar; los Enfermeros/as me aspiraban y me hacían sufrir mucho con cada procedimiento.”

El individuo tiene que participar en una actividad de la que derivan consecuencias simbólicas incompatibles con su concepción del “yo”. Un ejemplo consiste en imponerle una rutina diaria que considera ajena, forzándolo a asumir un papel que lo des-identifica. (Goffman 1967).

“Yo deseaba la muerte más que nada”

“Es tan impresionante la vivencia de la internación y los procedimientos que allí se llevan a cabo sobre todo cuando uno ya no está en coma farmacológico, es decir cuando uno ya empieza a despertar, que obviamente como todo paciente en este período, comencé con excitación por encontrar la dificultad de tener algo en la tráquea(el tubo endotraqueal). Comenzaron a decirme el procedimiento que deseaban hacerme. Pero cuando me avisaban que me iban a aspirar las secreciones por el tubo, yo comenzaba a negar con la cabeza, a lo que venía el consiguiente reto. “Quédese quieto se va a extubar”.

¿Acaso alguien sabe lo que se siente cuando proceden a aspirarte, la sensación de asfixia, con la impotencia de no poder pedir auxilio ni explicarles que me hacían sufrir?

Goffman (Goffman 1967) señala que en una “institución total” en nuestro caso, la Terapia Intensiva, el personal puede someter a reglamentos y a juicios la línea de acción de una persona. Según el autor, la permanente interacción de sanciones provenientes de la “superioridad”, en nuestro caso del personal de salud, invade la vida del sujeto internado. Cada especificación priva al sujeto de una oportunidad de equilibrar

sus necesidades y sus objetivos en una forma personalmente eficiente y como en el caso presentado expone su acción a las sanciones. (“Quédese quieto se va a extubar”).

“Recuerdo una vez que vino una médica y me pidió permiso para sacarme sangre arterial, yo le pedí con gestos que no lo hiciera, (el dolor que me causaba era muy fuerte). Posteriormente de mi alta me quedó una tendinitis de la mano izquierda que me causó mucho dolor.

“Durante este período de la internación padecí una arritmia y una trombosis venosa profunda en ambos miembros inferiores. Hice además una colestasis, una hiperglucemia y una sepsis con punto de partida en el catéter intravenoso por donde me pasaban la medicación”.

“Estimo que ellos confundían con desorientación, lo que eran mis exigencias por un trato humanizado, que incluía la necesidad de que me expliquen los pasos a seguir en el tratamiento tanto médico como de enfermería. Cuando yo narraba mi experiencia y preocupaciones al personal, las cosas que me habían pasado, luego que salían de la habitación, yo escuchaba como comentaban entre ellos, “todavía está confuso”.

Interesa señalar aquí el carácter reflexivo de los sujetos (Coulon 1988). La reflexividad designa las prácticas que describen los sujetos y que, a medida que son enunciadas, van construyendo el sentido, el orden y la racionalidad de lo que están describiendo. Describir una situación es construirla. (Coulon 1988)

No obstante, según Coulon (Coulon 1988), los participantes se niegan de un modo u otro a aceptar el punto de vista oficial sobre lo que deberían dar y recibir de la organización y más allá de esto, sobre la índole del yo y del mundo que deberían aceptar para sí mismos. *“Quiero señalar que yo “no estaba confuso” recuerdo cada una de las palabras y tratos hacia mí. Necesitaba contar lo que me había sucedido, lo que no*

encontraba era quien escuchara mi relato. Pasado ya un tiempo prudencial pienso que tal vez al decir que yo “estaba confuso” de alguna manera ese “otro” a quien yo le contaba mi experiencia, estaba negando la propia existencia de ese maltrato. Supongo que sería más fácil de procesar, el asumir que era yo que “desvariaba” que enfrentar la situación de maltrato”.

“No todas fueron malas”: rescatando el lenguaje del cuerpo

“Un día vino una Kinesióloga y me avisó del procedimiento de aspiración a través del tubo endotraqueal y yo repetí mi negativa, a lo cual la profesional no entendía porque yo me negaba, se hizo de paciencia me explicó que no había por qué sufrir con el procedimiento, de hecho, ahí en más lo hizo en más de una oportunidad con una técnica con la cual no sufrí para nada”. “También recuerdo el último día de mi estancia en la Terapia Intensiva, los cuidados de un enfermero, lo recuerdo con cariño, ya que sentí el respeto que tuvo en cada intervención sobre mi cuerpo, ... me contuvo. Sentí que en su accionar, me estaba devolviendo la corporalidad que había perdido. Me sentí nuevamente humano.”

“Cuando por fin logré salir de la terapia intensiva y pude pasar a la Unidad de Cuidados Intermedios, la cosa cambió. Todo el personal me conocía de antes, era gente amorosa y comprensiva”.

Siempre estaba atado de manos y piernas, me decían para que no me quitara los electrodos, o los catéteres o el tubo. Pero durante el horario de visita, cuando venía mi familia, accedían a desatarme mientras mis familiares estuvieran al lado mío...en esos momentos me sentía aliviado”

Interesa aquí señalar que en el campo social, a nuestro entender, no existen trayectorias unidireccionales ni homogéneas, sino que, como se observa en el

relato precedente, la traumática experiencia de internación también estuvo atravesada por momentos en donde realmente me sentí contenido, acompañado y protegido. En un intento de resistencia a la deshumanización vivida, rescatamos el trato humano de aquellos que se esforzaron por entender lo que sucedía, aún cuando estaba negada la palabra. Profesionales que supieron leer a partir de los gestos y miradas lo que estaba sucediendo. Aquí es donde interesa plantear la centralidad del cuerpo como un símbolo que expresa lo que el sujeto siente, cuando la palabra está negada/anulada.

La biomedicina define nuestro cuerpo como algo objetivo, concreto, que se puede medir con límites precisos. Pero existe otro concepto que va más allá del cuerpo objeto y es el concepto de corporalidad. La corporalidad se constituye en un instrumento de expresión de nuestra propia personalidad. Para Merleau-Ponty (Merleau-Ponty 1976) el “yo” está ubicado en el cuerpo, que a su vez está ubicado en el tiempo y en el espacio. A veces somos conscientes de nuestros cuerpos como objetos que se han de mirar, en espacios sociales concretos, como en este caso debido a una situación de enfermedad, pero también somos conscientes que no es posible abordar terapéuticamente un “cuerpo sin sujeto”; el cuerpo que se interna va acompañado de un sujeto con toda su corporalidad y que además desea ser respetado como tal.

Desde esta forma de mirar, el cuerpo se presenta como una estructura que «habla» y revela infinidad de informaciones aunque el sujeto guarde silencio. La escuela de “Palo Alto” ha profundizado particularmente en los aspectos no verbales de la comunicación, esto es, en la imposibilidad de permanecer sin comunicar. En este sentido, la comunicación se define como cualquier intercambio de información que se verifique en el interior de un sistema de relaciones, con independencia del medio que se utilice para comunicar y del

hecho de que los interlocutores tengan o no conciencia de ello.

Las terapias intensivas conforman espacios restrictivos y restringidos, y dan cuenta de un momento extremo de la “cosificación” del sujeto. Al ingresar en este tipo de espacios, el sujeto pierde todo su equipo de identificación: ropa, efectos personales (anillos, colgantes, reloj que hacen a su identificación afectivo-personal), no controla cuando come ni cuando duerme, no prepara sus alimentos, no puede ver a sus familiares cuando lo desea, ha perdido el control de su cuerpo, no tiene manejo sobre él. Su cuerpo se desvincula de su persona, y pasa a ser administrado desde afuera por un extraño, un desconocido. En términos de Foucault podríamos decir que se trata de una política de los cuerpos. Foucault señala la aparición a partir de la modernidad, de una micro política de regulación del cuerpo. En varias de sus obras investiga el origen y desarrollo de las instituciones modernas, y cómo a través de ellas se ejerce el control de los cuerpos y, por tanto, de las personas (Foucault 1995).

Simplemente reflexiones: Intentando recuperar la distinción entre Disease e Illness...

A partir de 1970 distintas corrientes de la antropología y la sociología médica introducen la distinción analítica entre enfermedad (*disease*), refiriendo a las anormalidades en la estructura y/o función orgánicas, estados patológicos que pueden no estar culturalmente reconocidos y que son la arena del modelo biomédico; y padecimiento o dolencia (*illness*), procurando recuperar el conjunto de las percepciones y experiencias vitales de las personas referidas a estados sociales considerados como negativos y que incluyen las patologías orgánicas, pero no están limitadas a éstas (Margulies S. 2004).

El término *disease* hace referencia a la aprehensión biomédica de la enfermedad, fundada sobre un conocimiento objetivo de los síntomas físicos de la enfermedad, que implica por parte de la práctica médica de una ocultación o, por lo menos, una relegación al último plano de lo existencial y de lo social (Laplantine, F. 1992).

Illness hace referencia a la experiencia cultural, interpersonal y personal (subjetiva) de la enfermedad. Se refiere a los problemas que la enfermedad produce al enfermo y a su familia.

Posiblemente la palabra en castellano que mejor recoge esta definición es padecimiento (de hecho nosotros usamos con frecuencia el término paciente para referirnos al enfermo-sujeto).

Es interesante señalar que si bien los hospitales y sus distintas áreas de atención constituyen un núcleo de central importancia para los análisis de los procesos salud/enfermedad/atención, existe una marcada escasez de etnografías hospitalarias tanto en la producción local como internacional. Este aspecto ya ha sido señalado por distintos autores (Barber 2008, Frankenberg 2003).

Entre los posibles motivos se han señalado las dificultades que suelen presentar el ingreso a una institución biomédica con el fin de llevar a cabo una investigación antropológica. Estas trabas o dificultades para el acceso parecerían estar relacionadas con la puja por parte de las instituciones de imponer en términos metodológicos, una “visión local” (biomédica) como si fuese universal y representativa de todas las áreas de conocimiento, generando un biocentrismo o área-centrismo. (Barber 2008).

Esta visión considera los sujetos como objeto de intervención mientras que la antropología los considera actores o sujetos de interlocución. (Cardoso de Oliveira 2003) La estructura jerárquica de los hospitales pro-

duce y reproduce relaciones de poder. A este respecto cabe señalar que Goffman ya en la década de 1970 se estaba preguntando qué pasa cuando los objetos de trabajo y los productos son seres humanos. (Goffman E.1967)

En términos metodológicos, consideramos que el enfoque antropológico posibilita hacer visible el proceso de construcción de sentido en relación a determinadas enfermedades y padecimientos en las circunstancias particulares, en este caso, de la terapia intensiva en la medida que trata de conocer desde dónde los sujetos realizan la ruptura con los límites de las condiciones establecidas y generan una estrategia a fin de limitar la mortificación de su yo que lo llevó a un proceso de des-identificación.

Asimismo, consideramos que el abordaje de estos espacios a partir de las historias de vida, resulta de suma utilidad a la hora de pensar estrategias de re-humanización que pueden beneficiar al conjunto de la sociedad. El análisis de la “situación” o “acontecimiento” es considerado la unidad de interpretación a partir de la cual se propone identificar la lógica que da cuenta de los intercambios y de la definición de espacio y tiempo coyuntural al momento de la investigación, en el cual el modo de comunicación relevado resulta pertinente. (Althabe G.; Hernández V. 2004)

La situación o el acontecimiento como unidad de interpretación, considera las descripciones, y los relatos de los hechos no como fuentes de datos sino como productos comunicacionales. (Althabe G.; Hernández V. 2004)

El presente artículo trata de recuperar la relevancia del concepto de padecimiento señalando que él, en muchos casos es más preocupante para la mayoría de las personas que la propia enfermedad.

Entendemos la importancia de los avances tecnológicos en el cuidado de la salud, entendemos también la

importancia de contar con estos espacios altamente equipados tanto en recursos humanos como físicos y materiales. Ese punto no está en discusión. Lo que se quiere señalar, es la necesidad de re-humanizar la atención colocando al sujeto (cuerpo objeto y corporalidad) como un todo.

La internación supone un hecho traumático, y si se trata de una Terapia Intensiva, más traumático aún. Lo que planteamos es la necesidad de asumir que como profesionales del campo de la salud, no podemos cubrir todas las necesidades de las personas, no podemos ni corresponde reemplazar a su familia, ni amigos, ni creencias religiosas. La terapia intensiva no es otra familia, ni nuevos amigos, ni otro tipo de creencia que deposita su fe en las ciencias. No se trata de eso. Las Terapias intensivas han surgido con una lógica de funcionamiento “cerrado”- de hecho se las denomina

“áreas cerradas”. Lo que queremos plantear es la necesidad de “abrir la internación” en esos espacios, y romper con su carácter restringido y restrictivo, permitiendo así que el enfermo recupere parte de su equipo de identificación, su “yo” aunque más no sea el del contacto físico con su familia.

Por otro lado, este trabajo se ha propuesto señalar un requisito básico como constituyente de las profesiones dedicadas al cuidado de las personas: el aspecto humano, que le da sustento a las demás áreas de formación.

Poder formar a los futuros profesionales de la salud desde una perspectiva de derecho a nuestro entender correrá el eje de atención centrado en la enfermedad, lo que hemos denominado *disease*, hacia el aspecto *illness*, es decir el que incorpora la mirada del sujeto, no de forma excluyente sino complementaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Althabe Gerard., Hernández Valeria. Implicación y reflexividad en antropología. Publicado en: *Journal des anthropologues* 98-99:15-36, Año 2004. La traducción para la presente edición fue realizada por Ana Maria Murgida y Adriana Stagnaro.
- BARBER, Nélica. (2009) ¿Dilemas? Metodológicos y éticos en la investigación antropológica en servicios de salud. *Avá* n° 15. Julio 2009. pp259
- BATALLAN, Graciela: "Autor y Actores en Antropología: Tradición y ética en el trabajo de campo"; en *Revista de la Academia* N° 1; Santiago de Chile, primavera de 1995. pp. 97-106
- BATALLÁN, Graciela y GARCÍA, José Fernando: "Antropología y participación. Contribución al debate metodológico", en: *PUBLICAR-en Antropología y Ciencias Sociales*, año 1, No 1, Mayo 1992, pp.79-89.
- BRIGGS; Charles: "Aprendiendo cómo preguntar. Un enfoque sociolingüístico del rol de la entrevista en las investigaciones en ciencias sociales. Cap. III, En: *Learning how to ask*. Cambridge. University Press, 1986. (Traducción de Silvina Otegui y Verónica Fernández Battaglia, revisión técnica de Corina Curtis. Cátedra profesora Lucía Goluscio).
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Carlos (2003) Pesquisa em vs. Pesquisas com seres humanos. En serie *Antropología* 336. Brasília. Universidade de Brasília. Departamento de Antropología.
- CELIS RODRIGUEZ, E.; RUBIAN, S. Desarrollo del cuidado Intensivo en Latinoamérica. *Todo Hospital* marzo 2007/234 (97-100)
- COULON, Alain: "La Etnometodología". Capítulos: 1,2 y 3. Madrid, Cátedra, 1988.
- FRANKERBERG Ronald (2003) Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de colaboración entre medicina y antropología. En: *Cuadernos de Antropología Social*. N°17. Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Foucault Michel. (2008) *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI Editores.
- GADAMER, Hans-Georg. *Verdad y método*. Salamanca, Sígueme, 1988, Acápite 3 del Cap. 11; pp. 439-458.
- GIDDENS, Anthony: "Hermenéutica y teoría social", En: *Profiles and Critiques in Social Theory*, University of California Press, 1982 (traducción de José Fernando García).
- GOFFMAN, E. [1969(2009)]. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- JIMENO, Myriam: *Crimen pasional: contribución a una antropología de las emociones*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2004. (Cap. Seleccionados)
- LAHIRE, Bernard: *El espíritu sociológico*. Buenos Aires, Manantial, 2006. Cap. 1 "Describir la realidad social"; pp. 31-40.
- LAPLANTINE F. (1992) *Anthropologie de la maladie*. Paris: Éditions Payot.
- MARGULIES, Susana (2004) *La atención médica del HIV-Sida. Un estudio de antropología de la medicina*. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. UBA
- MENÉNDEZ, E. la enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *.Alteridades* 4 (7)71-83.1994.
- MERLEAU-PONTY, M. (1976). *The Primacy of Perception*. Evanston y Chicago: Northwestern University Press.
- PIÑA, Carlos: "Aproximaciones metodológicas al relato autobiográfico", En: *Revista Opciones* N°16, Santiago Chile, 1989, pp. 107-125.
- PORTELLI, Alessandro: "¿Historia oral? Muerte y memoria: La muerte de Luigi Trastulli", En: *Historia y fuente oral* N°1, Historia contemporánea de la Universidad de Barcelona e Institut Municipal de Historia, Barcelona 1989.
- RICOEUR, Paul: "La vida: un relato en busca de un narrador", En: *Educación y Política*, Buenos Aires, Docencia, 1984.
- ROCKWELL, Elsie: *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires, Paidós, 2009. Cap. 2 "Reflexiones sobre el trabajo etnográfico"; pp. 41-99.

BIBLIOGRAFÍA

- Althabe Gerard., Hernández Valeria. Implicación y reflexividad en antropología. Publicado en: *Journal des anthropologues* 98-99:15-36, Año 2004. La traducción para la presente edición fue realizada por Ana Maria Murgida y Adriana Stagnaro.
- BARBER, Nélica. (2009) ¿Dilemas? Metodológicos y éticos en la investigación antropológica en servicios de salud. *Avá* n° 15. Julio 2009. pp259
- BATALLAN, Graciela: "Autor y Actores en Antropología: Tradición y ética en el trabajo de campo"; en *Revista de la Academia* N° 1; Santiago de Chile, primavera de 1995. pp. 97-106
- BATALLÁN, Graciela y GARCÍA, José Fernando: "Antropología y participación. Contribución al debate metodológico", en: *PUBLICAR-en Antropología y Ciencias Sociales*, año 1, No 1, Mayo 1992, pp.79-89.
- BRIGGS; Charles: "Aprendiendo cómo preguntar. Un enfoque sociolingüístico del rol de la entrevista en las investigaciones en ciencias sociales. Cap. III, En: *Learning how to ask*. Cambridge. University Press, 1986. (Traducción de Silvina Otegui y Verónica Fernández Battaglia, revisión técnica de Corina Curtis. Cátedra profesora Lucía Goluscio).
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Carlos (2003) Pesquisa em vs. Pesquisas com seres humanos. En serie *Antropología* 336. Brasília. Universidade de Brasília. Departamento de Antropología.
- CELIS RODRIGUEZ, E.; RUBIAN, S. Desarrollo del cuidado Intensivo en Latinoamérica. *Todo Hospital* marzo 2007/234 (97-100)
- COULON, Alain: "La Etnometodología". Capítulos: 1,2 y 3. Madrid, Cátedra, 1988.
- FRANKERBERG Ronald (2003) Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de colaboración entre medicina y antropología. En: *Cuadernos de Antropología Social*. N°17. Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Foucault Michel. (2008) *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI Editores.
- GADAMER, Hans-Georg. *Verdad y método*. Salamanca, Sígueme, 1988, Acápito 3 del Cap. 11; pp. 439-458.
- GIDDENS, Anthony: "Hermenéutica y teoría social", En: *Profiles and Critiques in Social Theory*, University of California Press, 1982 (traducción de José Fernando García).
- GOFFMAN, E. [1969(2009)]. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- JIMENO, Myriam: *Crimen pasional: contribución a una antropología de las emociones*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2004. (Cap. Seleccionados)
- LAHIRE, Bernard: *El espíritu sociológico*. Buenos Aires, Manantial, 2006. Cap. 1 "Describir la realidad social"; pp. 31-40.
- LAPLANTINE F. (1992) *Anthropologie de la maladie*. Paris: Éditions Payot.
- MARGULIES, Susana (2004) *La atención médica del HIV-Sida. Un estudio de antropología de la medicina*. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. UBA
- MENÉNDEZ, E. la enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *.Alteridades* 4 (7)71-83.1994.
- MERLEAU-PONTY, M. (1976). *The Primacy of Perception*. Evanston y Chicago: Northwestern University Press.
- PIÑA, Carlos: "Aproximaciones metodológicas al relato autobiográfico", En: *Revista Opciones* N°16, Santiago Chile, 1989, pp. 107-125.
- PORTELLI, Alessandro: "¿Historia oral? Muerte y memoria: La muerte de Luigi Trastulli", En: *Historia y fuente oral* N°1, Historia contemporánea de la Universidad de Barcelona e Institut Municipal de Historia, Barcelona 1989.
- RICOEUR, Paul: "La vida: un relato en busca de un narrador", En: *Educación y Política*, Buenos Aires, Docencia, 1984.
- ROCKWELL, Elsie: *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires, Paidós, 2009. Cap. 2 "Reflexiones sobre el trabajo etnográfico"; pp. 41-99.

Una mirada filosófica del Proceso de Atención en Enfermería

Aportes a la enseñanza en enfermería

RESUMEN

Entre los aspectos cruciales que figuran en la bibliografía del área, y que deben adquirir en el transcurso de su formación el profesional en enfermería, se encuentran los conocimientos básicos metodológicos del Proceso Enfermero o Proceso de Atención de Enfermería o, por su sigla, PAE. Proceso que en la bibliografía se suele caracterizar como “el método científico” aplicado en la enfermería. En el presente traba-

jo, utilizando el instrumental analítico aportado por la filosofía de la ciencia se procedió a elucidar qué proceso científico involucra el proceso enfermero, de forma tal de explicitar qué es lo que transmiten los libros de texto específicos del área y con ello, qué es lo que entienden por tal los profesionales de la enfermería, tratando de esclarecer las posibles confusiones conceptuales que se susciten en la misma.

Palabras clave: Enfermería, Filosofía de la Ciencia, PAE, Método Científico

1- Doctora en Epistemología e Historia de la Ciencia (UNTREF), Licenciada en Ciencias Biológicas (UBA), profesora de la Licenciatura en Enfermería (UNQ), de la Maestría en Filosofía (UNQ) y del Doctorado en Epistemología e Historia de la Ciencia (UNTREF).

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la filosofía de la ciencia, como la filosofía especial de la ciencia, ha devenido en un potente instrumental para precisar y dirimir cuestiones que atañen a la enseñanza de la ciencia. En la actualidad la enfermería no es ajena a este fenómeno donde cada vez son más recurrentes los análisis filosóficos.

A su vez, son los libros de texto los que juegan un papel fundamental en los procesos de enseñanza y aprendizaje de las disciplinas científicas. Autores como Litwin (1), desde la pedagogía, han señalado que los docentes y los alumnos tienden a utilizar los libros de texto como uno de los principales recursos en tales procesos, ya que el libro impregna la práctica, transmite los contenidos y organiza las experiencias de los alumnos con una enorme fuerza legal.

Desde la filosofía de la ciencia, si bien fue Fleck el primero en reconocer que “la iniciación a la ciencia se realiza de acuerdo con métodos pedagógicos especiales” y esto se logra a través de los libros de texto (2, p148), es Kuhn quien efectúa un primer análisis de ellos: “[l]a característica más notable de esta educación consiste en que, en grado totalmente desconocido en otros campos, se realiza mediante libros de texto” (3, p228).

Actualmente la enfermería cuenta con un importante arsenal de libros y manuales universitarios sobre *fundamentos y teorías de la enfermería*. Entre los aspectos cruciales que figuran en estos libros, y que deben adquirir en el transcurso de su formación el profesional en enfermería, se encuentran los conocimientos básicos metodológicos del *Proceso Enfermero* o *Proceso de Atención de enfermería* (PAE) y un conjunto de conocimientos teóricos denominados *modelos y teorías de la enfermería*.

Aunque ambos puntos son centrales y se entrecruzan, en el presente trabajo sólo nos enfocaremos en el primero de ellos, dada su relevancia en la formación

profesional, pues “es la expresión objetiva y evidente del proceso formativo científico teórico” (4, p69), y esto se debe a que el proceso de atención en enfermería, según la bibliografía del área, es el “método científico” aplicado en enfermería:

“El abordaje sistemático utilizado para resolver un problema o responder a una pregunta, adoptado por las diversas disciplinas, es la denominada metodología científica, al aplicarse a nuestro ámbito, ha recibido el nombre de proceso enfermero (5, p2).”

Con el afán de elucidar qué proceso científico involucra el proceso enfermero, qué es lo que transmiten los libros de texto específicos del área y con ello, qué es lo que entienden por tal los profesionales de la enfermería, se hará uso del arsenal conceptual proporcionado por la filosofía de la ciencia para responder estas preguntas, tratando de esclarecer las posibles confusiones conceptuales que se suscitan, haciendo un aporte más a una discusión que aún hoy es recurrente en el campo de la enfermería y por lo tanto en la comunicación y su enseñanza:

“La ausencia de posicionamiento epistemológico, en la mayoría de los casos, ha dado lugar [...] a un objeto de estudio ausente de definición propia, es decir, una definición mutada por los obstáculos epistemológicos que no hemos sabido solventar y/o rebatir a otras ciencias. O bien hemos venido a confundir y reducir al método científico con un método de organización del trabajo, donde la perspectiva metodológica experimenta un considerable impulso en detrimento de lo teórico, diluyéndose entre otras, la posibilidad de contribución al área de aplicabilidad práctica (6, p73).”

Para tal fin, en primer lugar se presentará el denominado proceso enfermero según lo presentan en la bibliografía.

El proceso de atención en enfermería o PAE

Tal como fue mencionado, el proceso enfermero o proceso en atención en enfermería (o PAE) es:

un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados [y] como todo proceso, desde el punto de vista operativo consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente (5, p3).

El proceso de enfermería tiene ciertas cualidades esenciales que lo caracteriza y que son fundamentales que se consideren, tanto durante la enseñanza como en la práctica profesional:

“el proceso enfermero permite elevar el nivel de atención a los pacientes por parte del personal de enfermería. Si bien en algunas instituciones aún el profesional centra su actuación en base a las indicaciones médicas, enfocadas más a la enfermedad que a la persona, también hay una profesionalización de la enfermería más independiente (4, p88).”

Al respecto, se establece tres dimensiones de la función de la enfermería que distingue sus distintos modos de actuación: una dependiente de la práctica médica, donde el médico designa las intervenciones que debe realizar el profesional en enfermería, cuya responsabilidad es administrar el tratamiento médico prescripto. Otra interdependiente, donde colaboran en la prescripción y tratamiento entre enfermeros² y otros profesionales de la salud, por ejemplo cuando se da complicaciones fisiológicas que los enfermeros controlan para determinar su evolución, y finalmente la dimensión independiente, que no requieren supervisión o dirección de otros profesionales y el profesional en enfermería es responsable legalmente de toda acción.

Aunque se acepta que el PAE tiene sus orígenes

en 1955, más tempranamente, en 1953 Fry ya había propuesto la creación de un “diagnostico en enfermería” favoreciendo una práctica más independiente de las médicas, pero en aquel entonces no prosperó (7, p88). Las primeras iniciativas, como las de Hall en 1955, Jonson en 1959, Orlando en 1960, proponían tres etapas (valoración, planeación y ejecución), posteriormente Yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) y luego Roy en 1975 entre otros, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa de diagnóstico. A partir de los 80 el PAE ha sido legitimado como “sistema de práctica de la enfermería profesional” e incorporado a los planes de estudio de las Licenciaturas en enfermería (7, p198).

El uso de este instrumento o procedimiento permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas: “es el conjunto de actividades sucesivas e interdependientes de la enfermería dirigidas a ayudar al hombre sano a mantener su equilibrio con el medio y al enfermo a restaurar su equilibrio, acelerando su retorno al bienestar físico y mental” (7, p200)

A continuación se presentan las cinco partes o etapas del PAE:

La primera etapa, la de *valoración*, se centra en la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona y su entorno mediante diversas fuentes. Las fases de esta etapa son: recolección de los datos (objetivos y subjetivos, actuales e históricos), validación (para evitar incongruencias o errores de toma), organización y registro. Los datos se obtienen por observación, exploración física, y entrevista.

El *diagnóstico* es el juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales y potenciales. Sirve de base para la etapa de planeación. Entre otras cosas, se identifican los problemas de la persona, se proporcionan elementos de información, se adopta un

2- La autora de esta contribución se esfuerza porque el lenguaje del presente texto no presente asimetrías desde el punto de vista del género y se trata de que el lenguaje no sea discriminatorio entre mujeres y varones. Sin embargo no es fácil lograr esa simetría. Así, por ejemplo, cuando sea nombren “enfermeros” se está haciendo referencia a “enfermeros” y “enfermeras” pues no existe un término neutro en el idioma español.

vocabulario común, se centra los cuidados en aspectos de enfermería, desarrolla el saber enfermero, etc. Permite elegir una intervención enfermera para conseguir un resultado deseado.

Desde 1973 existe la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) formado por un grupo de profesionales que trabajan en un criterio de clasificación de los diagnósticos en enfermería, producto de las investigaciones del área. El diagnóstico enfermero se distingue del médico por que es “un juicio de enfermería”, donde se entiende al “paciente” como un “ser holístico” indivisible (según las distintas teorías de la enfermería) a diferencia del “sistémico” médico, cuyos diagnóstico se refiere a los procesos “morbosos o respuestas fisiopatológicas específicas”, si bien los profesionales de enfermería tienen responsabilidades relacionadas con estos últimos (8).

Concretamente en esta etapa se comienza por el análisis e interpretación de los datos relevados para la identificación del problema, luego se elige un diagnóstico que se ajuste a los factores relacionados.

El diagnóstico se estructura en dos o tres enunciados (formato PES): el primero indica el problema (P), el segundo la etiología o causa del problema (E) y el tercero (si corresponde) indica la sintomatología y los signos (S).

En la etapa de *planificación* se elaboran las estrategias para evitar, reducir, corregir, etc. la respuesta del paciente. En esta etapa se establecen prioridades (detectar las amenazas a la persona), se elaboran los objetivos (los beneficios que se esperan ver en la persona y tienen que ser mensurables) y resultados esperados, se determinan los cuidados (la intervención, acciones o estrategias de enfermería a seguir) y se documentan.

La *ejecución* es la etapa donde se pone en práctica

el plan de cuidados elaborado. Consta de la preparación (reunir el material y equipo, crear un ambiente confortable y seguro para el paciente, etc.), la intervención y la posterior documentación de la respuesta del paciente.

Finalmente la *evaluación*, donde se mide la respuesta del paciente (recolección de datos) a las acciones enfermeras según los resultados esperados establecidos en la planificación. Puede marcarla la diferencia entre las prácticas predestinadas a repetir errores y las prácticas seguras, eficientes y en constante mejora.

Bajo la mira de una enseñanza eficiente del PAE algunos libros de texto presentan además casos concretos de aplicación, el que sigue, extraído de *Fundamentos de enfermería* de Berman y Snader (8, p179), es un ejemplo de ello: el profesional de enfermería se encuentra con la paciente, una mujer joven de 28 años, en una institución de salud. Durante la etapa de *valoración* el profesional recaba, por un lado, la información aportada por la paciente, por ejemplo, que había padecido un “catarro de pecho” durante dos semanas, que había experimentado fatiga, que ayer empezó a notar dolor en el pecho y que “el médico le dijo que tiene neumonía”. Por el otro, los signos clínicos, como presencia de una temperatura de 39.5 °C, la piel seca y las mejillas rojas. La auscultación a su vez revela crepitantes inspiratorios con reducción del murmullo en el pulmón derecho. La paciente, que informa que es alérgica a la penicilina, presenta además un esputo rosado y espeso. Con estos datos el profesional de enfermería realiza el siguiente diagnóstico: limpieza ineficaz de las vías respiratorias por el moco acumulado que las obstruye, causado por una infección en las vías respiratorias.³ En la etapa de *planificación* acuerdan que la paciente practicará ejercicios con respiración profunda cada 3 horas e incrementará la ingesta de líquidos, en-

3- Esta última parte del diagnóstico fue agregada luego de la sugerencia de alumnos de último año de la carrera de enfermería UNQ que cursaban la materia de Epistemología.

tre otras cosas.

Así el PAE, como el aquí ejemplificado, es entendido como la aplicación del “método científico” en la enfermería:

“El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la enfermería la categoría de ciencia (4, p69).”

A continuación se presentará las discusiones del área en cuanto al “método de la ciencia”.

El “método científico” según la disciplina de la enfermería

Para el área disciplinar el PAE es la aplicación del “método científico” y si bien su significado es bastante polisémico al menos hay un consenso de que el nombrado método se trata de un conjunto de pasos fijados que permite obtener conocimiento válido, pues protege a los usuarios de subjetividades en la adquisición de dicho conocimiento.

Cuál es ese “método científico” tampoco parece ser del todo claro. Según Salas Iglesias (6, p77) se puede categorizar a “grosso modo” el método científico en cuatro categorías:

i. el método inductivo-deductivo, fuertemente arraigado en la observación a partir de las cuales se plantean generalizaciones, método sostenido por los empiristas, los positivistas lógicos y los operacionalistas;

ii. el método a priori-deductivo, donde el conocimiento se adquiere mediante la captura mental de una serie de principios generales e invariables, a partir de los cuales se deducen sus instancias particulares, cuyos exponentes son los idealistas y los racionalistas;

iii. el método hipotético-deductivo, donde se con-

jetura sobre la realidad y luego se confronta con la naturaleza mediante observaciones y experimentos. Entre sus exponentes encontramos a Popper; y

iv. la ausencia de tal método, postura que se divide en dos, aquellos que propugnan que simplemente no existe tal cosa, como Feyerabend y por el otro aquellos proponen que la variedad de las ciencias determina que no hay un método, sino muchos (Ayala, Dobshansky y Mayr).

Sin embargo, para los teóricos de la enfermería, la visión que predomina en la enfermería es la del método hipotético-deductivo, por ser “el más adecuado a la naturaleza de su objeto de estudio, pero que tal posicionamiento ha devenido desde una ideología tradicional de la ciencia, caracterizada por el positivismo” (6, p77).

“En la mayoría de las investigaciones de enfermería se refleja una clara influencia de esta corriente al utilizar el método propio del positivismo a través del razonamiento inductivo [...]. Bajo este razonamiento lógico, la investigación en enfermería al igual que en varias disciplinas, utiliza el método científico, método por excelencia del positivismo. Por ejemplo, en enfermería, el principal instrumento que deriva directamente del método científico es el proceso de atención de enfermería (9, p267).”

Más halla de las disidencias (y confusiones) filosóficas planteadas, sea bajo el marco del positivismo lógico o del racionalismo crítico, en la bibliografía se acepta que el método científico es sustentado por dos pilares: la reproducibilidad, es decir, la capacidad de reproducir el estudio o el experimento obteniendo los mismos resultados lo que otorga credibilidad a las investigaciones, y la falsabilidad o capacidad para detectar las afirmaciones falsas.

El siguiente cuadro tomado del texto de Rodríguez Sánchez (10) y bajo la premisa de que *el proceso enfermero es el método científico dirigido a la resolución*

de problemas, se muestra el sentido en el que en el área se entiende cada etapa del PAE, en relación al

propugnado método científico, con la finalidad de resolver un problema (Figura 1):⁴

Proceso atención de enfermería	Método científico
Valoración: recolección y examen de datos	Planteamiento del problema y marco teórico
Diagnóstico: análisis de los datos para identificar respuesta humanas y fisiopatológicas	Formulación de hipótesis, definición de variables
Planeación: desarrollo del plan	Planeación de actividades
Ejecución: puesta en práctica del plan	Recolección de datos y procesamiento de la información
Evaluación: decisión de la eficacia del plan.	Análisis estadístico, sugerencias, conclusiones, difusión.

Figura 1. Relación entre proceso atención de enfermería y método científico.

Pese a la distinción introducida en la caracterización de cada paso del PAE y del método científico, donde el “diagnóstico” es entendido como la etapa de “formulación de hipótesis” y en la caracterización anterior más detallada se menciona de la misma que “desarrolla el saber enfermero”, se tiene la sospecha de que utilizando el instrumental conceptual aportado por la filosofía de la ciencia se puede decir mucho más acerca de cada etapa del proceso que la aquí expresada por el área. A continuación se procede a su desarrollo.

Reinterpretando el PAE desde la distinción de los contextos científicos

En 1938 Reichenbach propone en su libro *Experience and prediction* (11), la tan usada división de los “contextos científicos” para la comprensión de la actividad científica, distinguiendo el contexto de descubrimiento del de justificación. Sin embargo plantea que la epistemología sólo se ocupe del contexto de justificación, pues en el proceso de creatividad de los científicos y de cómo se arriba a una hipótesis y teorías hay aspectos que la filosofía debería dejar de lado, co-

mo ser creencias, hipótesis metafísicas, aspectos personales, etc. que les corresponderían a la sociología, la historia y la psicología. Distinto es el contexto de justificación, aquí los procesos detectados, como la puesta a prueba, contrastación y la validación del conocimiento, sí resultan procesos dignos de ser analizados bajo una reflexión filosófica.

Esta distinción de contextos, fuertemente apoyada por las concepciones del período heredado o clásico de la filosofía de la ciencia, que se corresponde con el positivismo lógico del Circulo de Viena, el de Berlín y el racionalismo crítico, parece ser el que prima en la comprensión de las etapas del PAE en el área de la enfermería. En lo que sigue se tratará de clarificar los procesos de cada etapa atendiendo a la visión filosófica de las corrientes pertinentes.

Aunque presentados con poca precisión en la bibliografía (p.e. Figura 1) parece posible distinguir, en principio, los siguientes procesos científicos: durante la etapa de valoración se detecta un problema relevante para el área y se toman los datos (que llamaremos previos) con o sin instrumentos según corresponda. Se aceptará o no la carga teórica de la observación (o hi-

4- Aunque interesante para analizar, en el presente trabajo se deja de lado el método de resolución de problemas expuesto en el original como la segunda columna de la Figura 1, aquí no presentada. El mismo es un proceso metódico y estructurado compuesto por etapas que permite estudiar un hecho, una situación o un problema con la finalidad de encontrar una solución. Se entiende que es una guía heurística para el proceder enfermero en una situación clínica.

pótesis subyacentes) según se adhiera a la visión del empirismo o positivismo lógico o si se adopta aquella del racionalismo crítico. La etapa de diagnóstico es quizás la más interesante y relevante del proceso enfermero pues según lo descrito en el PAE, es donde se postula la o las hipótesis, se dice la causa o, entendiendo la presencia de los factores no causales,⁵ se da cuenta de por qué el fenómeno analizado se comporta de tal o cuál manera. La hipótesis será o fruto de la inducción o de un proceso creativo (conjeturación), en función de cuál es la corriente filosófica que se acepte. Durante la etapa de planificación se hace una predicción o aserción empírica, concretamente se dice qué se espera que pase si la hipótesis es correcta, por su puesto, se trata de una consecuencia observacional y como tal tiene que ser factible de ser censada, medida o registrada. Con la aserción “bajo el brazo” se planea la estrategia a seguir, la intervención de cuidado que se llevará a cabo sobre el paciente. La etapa de ejecución se corresponde con la etapa de contrastación o puesta a prueba de las hipótesis junto con la aserción empírica. Una vez ejecutado el plan de cuidado, el resultado de tal proceso puede arrojar o una corroboración o una refutación o falsación. Finalmente en la evaluación se constata si los datos relevados (que para distinguirlo de los anteriores llamaremos de contrastación) verifican o falsean la aserción, determinando así si el diagnóstico fue o no el acertado (es decir si se refuta o corrobora las hipótesis, teniendo en cuenta el “holismo” de la contrastación).

Ahora bien según la distinción de contextos de la actividad científica las primeras dos etapas, valoración y diagnóstico, se corresponde con el contexto de descubrimiento mientras que las restantes, planificación, ejecución y evaluación, caen bajo el contexto de justificación. Y si bien, si se acepta lo antes dicho, se introduce mayor precisión sobre las etapas del PAE esto no logra capturar del todo lo expresado por los teóricos de la enfermería. Por ejemplo, entre aquello que aún no

queda del todo claro y que parece genera cierta tensión, es que, según ésta última interpretación, cada vez que un profesional de la enfermería aplica el protocolo del PAE indefectiblemente se pasa por los procesos del contexto de descubrimiento y por el de justificación. Lo cual resulta más que sospechoso pues esto implicaría que cada vez que se aplica el PAE se gesta una nueva hipótesis, o más aún una nueva teoría que se pone a prueba.

Quizás no de la misma manera, pero si bajo la misma intuición, varios filósofos de la ciencia desacuerdan con esta división de la ciencia alegando que el proceso científico es mucho mas rico que el expuesto en los dos contextos y por tanto no lo captura en toda su complejidad, es decir, que este criterio “se queda corto”. Entre estos filósofos se encuentra Kuhn, y siguiendo su influencia, otros tantos han optado por añadir un tercer e incluso cuarto término a la distinción de los contextos científicos (12, p56).

Desde esta perspectiva se entiende que resultaría mucho más fructífero un análisis desde una concepción historicista como la kuhniana (13) para entender el proceso científico que se encuentra sujeto al PAE. A continuación se presenta este nuevo análisis.

El PAE desde el marco conceptual de Kuhn

La llamada “revuelta historicista” en la filosofía de la ciencia produce cambios drásticos en la manera de pensar los procesos científicos. Básicamente deja de verse las unidades de la ciencia, las teorías, de forma anacrónica, “estáticas”, para empezar a entenderlas diacrónicamente, es decir, como entidades a las que “les pasan cosas” en el tiempo, por ejemplo, que nacen, evolucionan y desaparecen. Esta nueva manera de comprender la ciencia, que explota en los años setenta, tiene su origen en 1962 a partir de la publicación de, valga la redundancia, un revolucionario libro: La estructura de las revoluciones científicas del físico e his-

5- Se admite también relaciones más débiles que la causal, que en el diagnóstico se indican como “factores que contribuyen” (8).

torizador de la ciencia T. Kuhn. En esta obra Kuhn trata prácticamente todos los temas fundamentales de la filosofía de la ciencia (14), como ser una nueva forma de entender las “teorías”, o los científicos en “comunidades científicas”, su actividad, la “enseñanza de la ciencia” a las nuevas generaciones, el papel de la sociedad, etc.

Para arribar al punto de interés, se comenzará presentando la nueva manera de entender las teorías, ahora como “paradigma” o “matriz disciplinar”. El significado del término “paradigma” implica algo que hace de modelo para otros casos, como un ejemplo, en palabras del propio Kuhn y como parte constitutiva de la ciencia se entiende “paradigma” como: “algunos ejemplos aceptados de la práctica científica real —ejemplos que incluyen, al mismo tiempo, ley, teoría, aplicación e instrumentación— proporcionan modelos de los que surgen tradiciones particularmente coherentes de investigación científica” (14, p34)

Si bien la noción de “paradigma” es la que articula esta nueva concepción de la ciencia, y su uso se ha vuelto extremadamente popular incluso en enfermería, resultó ser sumamente confundente, por ello en (el Postscriptum en) 1970 Kuhn decide cambiar paradigma por “matriz disciplinar”:

“Para nuestros propósitos presentes sugiero ‘matriz disciplinaria’: ‘disciplinaria’ porque se refiere a la posesión común de quienes practican una disciplina particular; ‘matriz’ por que está compuesta por elementos ordenados de varias índoles, cada uno de los cuales requiere una ulterior especificación. Todos o la mayor parte de los objetos de los compromisos de grupo que en mi texto original resultan paradigmas o partes de paradigmas, o paradigmáticos, son partes constituyentes de la matriz disciplinaria, y como tales forman un todo y funcionan en conjunto (13, pp279-80).”

Para continuar hace falta mencionar que Kuhn distingue al menos dos momentos diferentes de “hacer

ciencia”: el de una ciencia madura, que llama “ciencia normal”, pues es la forma en que usualmente transcurre la ciencia, y un periodo no normal o “extraordinario” e incluso “revolucionario” de menor duración. Los períodos de ciencia normal se caracterizan por que los científicos, que conforman una “comunidad científica” comparten supuestos de distinto tipo (teóricos, metodológicos, experimentales, etc.) que son los que le permiten hacer ciencia, es decir, comparten un paradigma:

“‘paradigmas’, término que se relaciona estrechamente con ‘ciencia normal’... ‘ciencia normal’ significa investigación basada firmemente en una o más realizaciones científicas pasadas, realizaciones que alguna comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo, como fundamento para su práctica posterior (13, p33).”

Los periodos de ciencia normal son los que trascurren bajo un paradigma mientras que en los de ciencia extraordinaria se cambia de paradigma.

Haciendo uso de la noción de “matriz disciplinar”, más flexible que la de paradigma, y la de “periodo de ciencia normal” es factible capturar aquello que las concepciones heredadas no pudieron: la iteración de la aplicación de hipótesis generales y especiales, la acumulación de casos exitosos (aplicaciones intencionales que se trasforman en exitosas) bajo el paraguas de una misma teoría, es decir sin volver a pasar por un contexto de descubrimiento, al menos por aquellos procesos que generan una nueva teoría. Para una mayor comprensión se introducirá muy brevemente algunos de los componentes de una matriz disciplinar necesarios para este análisis.

Por un lado, toda matriz consta de al menos alguna “generalización simbólica” o componente formal, son las hipótesis fundamentales aceptadas que guían las prácticas de los científicos. Por el otro, los “ejemplares”, son aplicaciones empíricas, concretas, de la parte formal y que a su vez, sirven de modelo para otras aplicaciones nuevas.

Bajo esta nueva mirada el PAE es un proceso que ocurre una vez que se ha establecido al menos una matriz disciplinar, con sus leyes fundamentales o generalizaciones simbólicas y algunas leyes especiales cuyas aplicaciones han resultado exitosas y se cuentan con casos concretos solucionados, los ejemplares paradigmáticos en terminología kuhniana. El mismo transcurre en un período de ciencia normal donde las generalidades simbólicas y leyes especiales que de ellas se desprenden gozan de una cierta aceptación, es decir, ya han sido suficientemente corroboradas como para resultar confiables a la comunidad científica o sus usuarios.

Cada caso nuevo será explicado o caen bajo (son subsumidos bajo) alguna de estas leyes especiales. En general los usuarios de la matriz operan según una cierta metodología o heurística que los lleva a resolver lo que Kuhn llamó “rompecabezas” (traducidos a veces como “enigmas”), problemas con solución, siempre según la lógica consignada por la matriz disciplinar, trabajo que en general consiste en detectar analogías entre el caso nuevo y los ya conocidos:

“Hemos visto ya que una de las cosas que adquiere una comunidad científica con un paradigma, es un criterio para seleccionar problemas que, mientras se dé por sentado el paradigma, puede suponerse que tienen soluciones. Hasta un punto muy elevado, éstos son los únicos problemas que la comunidad admitirá como científicos o que animará a sus miembros a tratar de resolver (13, p71).”

Difícilmente se esperan anomalías, los problemas sin solución, pero si ocurren se evitan aludiendo a algún problema en la aplicación o como pueden pasar resultan siendo generadoras de alguna nueva ley especial y en realidad eran enigmas de otro tipo.

Visto desde este nuevo marco el PAE es el protocolo que repiten los usuarios de la matriz que los lleva

a resolver los enigmas. Así una vez que el profesional en enfermería recoge los datos y los analiza, “lanza” un diagnóstico que no es ni más ni menos que la pretensión de aplicar a esos datos, el caso o paciente nuevo, las generalizaciones simbólicas y alguna ley especial de la matriz que den cuenta de su comportamiento.

En el caso concreto extraído del libro Fundamentos de enfermería (8) el profesional en enfermería entiende que el problema de la paciente se circunscribe bajo el paradigma o matriz disciplinar de las “enfermedades infecciosas”, cuya generalización simbólica diría algo así (pues nunca son explicitadas del todo en la bibliografía), “hay enfermedades causadas por microorganismos, como bacterias, virus, parásitos u hongos” y si bien hay un gran número de estas enfermedades y los agentes infecciosos son heterogéneos, el profesional intuye que su paciente, según lo recabado en la etapa de valoración, responde a un tipo específico de agente, entonces, en función del conocimiento del paradigma y sus leyes especiales, acota las posibilidades pues sabe que “hay enfermedades causadas por bacterias” y que además no es lo mismo cualquier bacteria, que “hay enfermedades causadas por bacterias de las vías respiratorias” y más aún que “hay enfermedades causada por la bacteria *Streptococcus pneumoniae*” que generan esos síntomas. Concretamente el profesional resuelve el rompecabezas, su paciente “encaja” o se corresponde con este tipo particular de ejemplar paradigmático. Allí, en sintonía con un análisis de laboratorio y sin desatender el diagnóstico médico, hace su propio diagnóstico de obstrucción de las vías respiratorias por el moco producto de una infección bacteriana.⁶

Al igual que en la resolución de los enigmas no se espera que el diagnóstico del PAE falle (se refute la predicción y se enfrente una anomalía, pues si esto ocu-

6- Nótese que el ejemplo trabajado en el libro es un ejemplo correspondiente al conjunto de ciencias llamadas biomédicas pero eso no quita que se podría haber presentado un caso tratado bajo el marco propio de alguna teoría de la enfermería.

re el diagnóstico resultaría fallido y el paciente se encontraría en una situación de riesgo. Si bien el proceso de validación es en términos lógicos el mismo, el usuario de la teoría o matriz no tiene la presunción de poner a prueba la generalización simbólica, da por sentado que ésta no falla, su presunción es la de solucionar, dar cuenta, de un problema concreto con el cual se topó. De la misma manera que cuando se decide un diagnóstico en el PAE no se espera que falle y si falla la culpa no es ni del PAE ni de la teoría o matriz, sino del profesional que falló al señalar un diagnóstico por otro.

Cómo en el área de la enfermería, a diferencia de otras disciplinas, se cuenta con un gran número de modelos y teorías de enfermería cuando el profesional aplica el PAE, decide bajo qué marco conceptual trabaja, inclusive puede elegir uno biológico, afin con el caso aquí presentado.

Como ocurre en un periodo de ciencia normal, la función de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es la de acumular y clasificar los casos exitosos que actuarán de ejemplares paradigmáticos, aquellos que los profesionales usarán como referencia, buscando analogías, a la hora de solucionar los nuevos enigmas que se presenten.

El PAE como artefacto tecnológico

Volviendo a la categorización de contextos de la sección anterior, Echeverría (12) afin con las nociones kuhnianas, propone cuatro contextos científicos: el de educación, el de innovación, validación y el de la aplicación, que permiten reforzar la presunción anterior.

Antes de argumentar a favor de la tesis aquí expuesta, de manera sucinta se procede a presentar los contextos según el autor: el contexto de educación, que captura parte del proceder en ciencia normal, hace inteligible el vocabulario teórico de una disciplina científica incluido el vocabulario observacional, siendo este

contexto tan relevante que “no hay descubrimiento ni justificación científicas sin previo aprendizaje, y por ello hay que partir del contexto de enseñanza a la hora de analizar las grandes componentes de la actividad científica” (12, p59). El contexto de descubrimiento lo amplía al de innovación pues intenta englobar ambos aspectos de la investigación, los descubrimientos y las invenciones científicas:

“Parafraseando a Claude Bernard y a Imre Lakatos, podríamos decir que la actividad científica no sólo busca “hechos nuevos y sorprendentes”, sino también artefactos e instrumentos “nuevos y sorprendentes”. El progreso de la ciencia no sólo está vinculado al avance del conocimiento humano: la mejora de la actividad científica es otra de las componentes fundamentales del progreso de la tecnociencia (12, p63).”

Lo mismo con el contexto de justificación, propone hablar del contexto de valoración o evaluación de la actividad tecnocientífica (tecnológica y científica), no sólo de la justificación del conocimiento científico sino también del tecnológico, y finalmente el contexto de aplicación. Para el presente trabajo este último es de vital relevancia, por lo que se tratara de manera más extensa.

Según Echeverría (12), que propone distinguir el contexto de aplicación de los dos contextos clásicos, no es lo mismo elaborar ni presentar una teoría científica bien construida que aplicarla a la resolución de cuestiones concretas: “esta última tarea suele implicar el uso de artefactos tecnológicos que implementan a las teorías científicas y cuya construcción está regida por valores distintos de los que priman en la investigación puramente cognoscitiva.” (12, p59).

Desde un marco distinto Landeros-Olvera y colaboradores capturan la esencia de ese proceder:

“en nuestra disciplina idealmente se tiende a obtener evidencia acumulada para hacerla útil en la práctica de manera que sus resultados concretos puedan ser verificados mediante indicadores

cuantitativos. Esta forma de proceder ha sido producto de la influencia del positivismo, para la enfermería la evidencia acumulada significa cuidados de salud bajo sustento científico y no simplemente práctica por rutina (9, p264)."

Durante esta etapa de aplicación el criterio de valoración principal según Echeverría es el "it works (funciona), pero cabe aplicar otros muchos: desde la rentabilidad económica hasta la utilidad social" (12, p64).

Cabe aquí recordar que la enfermería, desde su remoto origen, nace como una práctica usualmente entendida como "el arte del cuidado", visión introducida por Florence Nightingale, pionera en la profesionalización de la enfermería, allá en el 1895, pero que aún prospera en nuestros días.

Desde su propia conceptualización, la enfermería se encuentra profundamente imbricada con su origen práctico. No obstante a partir de los cincuenta se empieza a desarrollar teorías propias que guía una práctica distinta a la de la médica, siendo estas componente esencial del proceso enfermero. Sin embargo entender que el PAE es el método científico propio de la enfermería arrastra una confusión acerca de la distinción ciencia-tecnología.

Para la práctica de enfermería este punto es crucial pues a la hora de aplicar el PAE para solucionar un problema de salud concreto lo que se espera del mismo no es un incremento de la capacidad cognoscitiva de la teoría (que puede verse como un producto secundario del proceso) sino que funcione. Entendido de esta manera el PAE forma parte del contexto de aplicación, en palabras de Echeverría que "puede ser aplicada para modificar, transformar y mejorar el medio, el entorno, el mundo o la realidad" (12, p64).

La distinción de estos cuatro contextos, acordando con el autor, sigue una intencionalidad funcional más que demarcacionista, pues desde el punto de vista de sus prácticas cotidianas y de su ejercicio profesional

no suelen ser los mismos sujetos los dedicados a la enseñanza, que a la innovación, que a la evaluación y a la aplicación. En este caso, el profesional de enfermería que trabaja en un contexto práctico aplicando el PAE no tiene que ser el mismo que investiga. Sin embargo el avance de la ciencia depende de todos ellos.

Consideraciones finales

Si se acepta la distinción entre el PAE, el "método científico" y "tecnología", presentada en las secciones anteriores, entonces es factible elucidar en qué radica la confusión en cuanto al método científico presente en el área de la enfermería, en este sentido vuelven a ser relevante la distinción de los contextos científicos.

Hay una presunción por parte de los teóricos de la enfermería que pese a que en un principio primaba una epistemología positivista (otros alegan que hipotético deductivista) en la actualidad son varias las propuestas metodológicas entre las que un profesional puede elegir, y esto tienen que ver con la amplitud del objeto de estudio de la enfermería, pues le atañe los aspectos tanto biológicos como los psicológicos y sociales del paciente, siempre centrados en el cuidado:

"Consideramos que, en el caso de la enfermería, la naturaleza del "objeto" de investigación es plural, lo que lleva necesariamente al desenvolvimiento (utilización) de múltiples orientaciones metodológicas, léase métodos y procesos (15, p30)."

En ese sentido, estamos en condiciones de posicionarnos conforme a una perspectiva anarquista respecto al método científico, [...]. No en tanto ausencia de tal método, sino en lo que a la diversidad de la ciencia respecta y en lo que la complementariedad exige (6, p77).

Si el PAE es el método científico esta pluralidad metodológica "choca" con el contexto real de práctica profesional. Sin embargo esta presunta contradicción entre teóricos de la enfermería deja de existir si el PAE

y el método científico quedan separados en distintos contextos.

Por un lado, el método científico es aquel proceso por el cual se obtienen (nuevo) conocimiento, en la que priman la investigación cognoscitiva. Para detectar el uso de algún método científico en enfermería hay que hacerlo en el contexto de descubrimiento o de innovación. Es decir, la discusión acerca de si la enfermería hace uso del “método hipotético-deductivo” o el del “positivismo” o “hermenéutico” o el “dialéctico”, etc., pues:

“Un abordaje de la persona en su recorrido salud vs. enfermedad debe atender no sólo los aspectos físicos o materiales, también existenciales, familiares, grupales y comunitarios. Lo que explica que debe utilizar para ello a demás de metodologías cuantitativistas otros abordajes metodológicos como etnometodología, fenomenología, etnografía, etnoecología, etc. (15, p36).”

Por tanto el método científico usado radica en cómo se obtiene conocimiento, durante el proceso de investigación y no en el protocolo del PAE, aunque haya etapas donde varios procesos lógicos se asimilen, como el de contratación de una aserción empírica, si bien el resultado buscado es distinto. Por el otro el PAE con su metodología propia de carácter práctico y su funcionalidad de obtención de un resultado concreto de carácter no epistémico se diferencia del anterior, formando parte del contexto de aplicación.

Usando las categorías kuhnianas es factible también comprender la estructuración que presentan los libros de texto de enfermería y la función que cumplen en la formación de los nuevos profesionales, pues es en estos libros donde aparece los “saberes” consensuados por la comunidad científica, es decir aparecen los componentes de la matriz disciplinar propios de un periodo de ciencia normal:

En la actualidad, esas realizaciones son relatadas, aunque raramente en su forma original, por los libros

de texto científicos, tanto elementales como avanzados. Esos libros de texto exponen el cuerpo de la teoría aceptada, ilustran muchas o todas sus aplicaciones apropiadas y comparan éstas con experimentos y observaciones de condición ejemplar (13, p33).

Y si bien los libros de texto de Fundamentos de enfermería, en general, incurren en el error de llamar al PAE el “método científico”, a la hora de presentarlo, se ajustan a las características de los libros de textos señaladas por Kuhn:

“En estos libros aparecen soluciones a problemas concretos que dentro de la profesión se vienen aceptando como paradigmas, y luego se le pide al estudiante que resuelva por sí mismo, con lápiz y papel o bien en el laboratorio, problemas muy parecidos, tanto en método como en sustancia, a los que contiene el libro de texto o a los que se han estudiado en clase. Nada mejor calculado para producir ‘predisposiciones mentales’ o Einstellungen (3, p229).”

Finalmente, es posible concluir que una conceptualización más clara de las fases de desarrollo de la disciplina de la enfermería es crucial a la hora de comunicar, enseñar y aprender los aspectos teóricos y prácticos de la enfermería. Retomando lo señalado por Echeverría:

“Más sorprendente podrá parecer la propuesta del contexto de educación al mismo nivel que los otros tres contextos: el de innovación, el de evaluación y el de aplicación. Sin embargo [p]ara entender un enunciado científico hay que haber aprendido todo un sistema de complejos conocimientos, teóricos y prácticos, sin los cuales no hay posibilidad de descubrir, de justificar, ni tampoco de aplicar el conocimiento científico (12, p59).”

Como en otras disciplinas, y como bien ya dijo Kuhn, en enfermería los libro de texto, con su formato típico de presentación del conocimiento científico y sus aplicaciones prácticas que se corresponde a un pe-

ríodo de ciencia normal, son fundamentales en la preparación paración y formación exitosa de las nuevas generaciones de profesionales, pues:

“Estas consecuencias de la educación científica tienen una recíproca que proporciona una tercera razón para suponer que los paradigmas guían la investi-

gación tanto como modelos directos como por medio de reglas abstraídas. La ciencia normal puede seguir adelante sin reglas sólo en tanto la comunidad científica pertinente acepte sin discusión las soluciones de los problemas particulares que ya se hayan llevado a cabo (13, p86).”

BIBLIOGRAFÍA

Litwin E. Las configuraciones didácticas. Una nueva agenda para la enseñanza superior. Buenos Aires: Paidós Educador; 1997.

Fleck L. Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Basel: Benno Schwabe & Co; 1935.

Kuhn TS. The Essential Tension: Tradition and Innovation in Scientific Research. En: Taylor, Calvin W. editores. The Third University of Utah Research Conference on the Identification of Scientific Talent. Salt Lake City: University of Utah Press; 1959. Reimpreso en Selected Studies in Scientific Tradition and Change. Chicago: University of Chicago Press; 1977.

Reyes Gómez E. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. México: El manual moderno; 2009. Disponible en: www.manualmoderno.com

Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. España: Editorial Elsevier Masson; 2005.

Salas Iglesias MJ. Teoría y método. El estatus científico de la enfermería: paradigma, método y naturaleza de su objeto de estudio. Cultura de los cuidados. 2003; VII (14).

Bello Fernández NL. Fundamentos de enfermería. Parte I. La Habana: Editorial Ciencias Medicas;

2006. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library>

Berman A, Snaider S, Kozier & Erb. Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y prácticas. (Volumen I). Madrid: Pearson Educación S.A.; 2013.

Landeros-Olvera E, Salazar-Gonzalez BCA, Cruz-Quevedo EA. La influencia del positivismo en la investigación y práctica de enfermería. Index Enfermería. 2009; 18(4):263-266.

Rodríguez Sánchez BA. Proceso enfermero, aplicación actual. México: Cuellar Ayala; 2000.

Reichenbach H. Experience and prediction, an analysis of the foundations and the structure of knowledge. University of Chicago Press; 1938.

Echeverría J. Filosofía de la Ciencia. España: Ediciones Akal; 1995.

Kuhn TS. La estructura de las revoluciones Científicas. España: Fondo de Cultura Económica; 1962. Reimpreso en 1992.

Diez JA, Moulines CU. Fundamentos de filosofía de la ciencia. España: Ariel; 1997.

Alves A, Joao L, Gonçalves Henriques Gameiro M. Referências onto-epistemológicas e metodológicas da investigação em enfermagem: uma análise crítica. Revista Referência. 2005; II(1): 29-38.

Construyendo saberes en espacios comunitarios

“Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”²

RESUMEN

El siguiente artículo presenta una experiencia educativa basada en una estrategia teórico metodológica centrada en un enfoque biocéntrico que aborda las principales líneas de trabajo de la Salud Mental Comunitaria. Se realizó una experiencia de prácticas en terreno con jóvenes del espacio Adolescente de Olavarría y estudiantes del 2° año de la Carrera de Licenciatura en enfermería de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Desde un abordaje biocéntrico se buscó crear un espacio de aprendizaje colaborativo que buscó el desarrollo de experiencias de

integración comunitaria, a fin de fortalecer las prácticas que los estudiantes tienen en el módulo de salud mental comunitaria, generando así, un trabajo conjunto para el abordaje de diferentes problemáticas sociales generadas en los espacios de construcción. Se definieron cuatro proyectos a partir del trabajo en círculos de cultura con los jóvenes los que fueron ejecutados en diferentes instancias de encuentro abordando situaciones cotidianas en donde se ponen de manifiesto sus motivaciones, miedos, sueños y experiencias de vida.

Palabras clave: aprendizaje, estudiantes, salud mental comunitaria, educación biocéntrica.

1- Ponencia Presentada en el I Congreso Internacional de la Patagonia Austral “Fortaleciendo los sistemas de salud” V Encuentro de la Red Iberoamericana de enfermería, 12-14 de octubre de 2015- Río Gallegos – Viviana Aguilar es Lic. En enfermería y Prof. Lic. En antropología Social Prof. Adjunta del Módulo de Proceso y Práctica de la Enfermería en el Adulto y Anciano y Proceso y Práctica de la Enfermería en Salud Mental Comunitaria y Hospitalaria (2015) de la Escuela Superior de Ciencias de la Salud. UNCPBA – Lic. en enfermería y Especialista en Investigación Lic. Bettina Bernardelli Prof. Adjunta de Taller de Tesis y Deontología de la Escuela Superior de Ciencias de la salud. UNCPBA.

2- Watson J. Ponencia del primer Congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [acceso: 18 de junio 2009]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Comentado en: Revista Actualizaciones en Enfermería. 2007; 10(4): 15-21. [Links]

INTRODUCCIÓN

Los abordajes comunitarios relacionados con prácticas de salud mental han sido históricamente resistidos. Las políticas de Salud Mental centradas en la perspectiva de derechos y basadas en la integralidad de las prácticas, se encuentra en vías de avance y hoy se proponen nuevos abordajes de los padecimientos en salud mental en ámbitos comunitarios a partir de la promulgación de la nueva Ley de Salud mental que permite legitimar las mismas y servir como instrumento de defensa de los derechos. Autores como Bang refieren que “su inclusión no siempre ha estado acompañada de la adecuada formación y capacitación, lo que ha obligado a muchos equipos profesionales a aventurarse en “lo comunitario” guiados por la intuición y la improvisación.”³ El trabajo en ámbitos comunitarios requiere de un abordaje epistemológico de los padecimientos subjetivos en su complejidad en tanto procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidados (Almeida-Filho & Paim, 1999; Menéndez, 2009).⁴

La protección de los derechos se posiciona como una estrategia integral a la hora de abordar los padecimientos e interrelacionarse con los sujetos sociales insertos en una sociedad que los crea y recrea desde la singularidad de cada uno. Desde esta mirada, es posible impulsar prácticas en salud y salud mental basadas en lo relacional, en donde el acto de cuidar se constituye como un medio y como fin en sí mismo (Merhy, 2006).⁵

La posibilidad de inserción de los estudiantes en ámbitos comunitarios no solo permite romper con una mirada sesgada de la realidad durante la formación sino que posibilita a los sujetos a vivenciar la realidad en escenarios que luego serán donde desarrollen su trabajo profesional. De esta forma se intenta acercar la

práctica al espacio académico y reducir la brecha entre el conocimiento que se construye en los ámbitos educativos y la realidad cotidiana. Para ello, consideramos que la utilización de diversas estrategias educativas aporta al enfoque una visión de lo colectivo, de la diversidad y a no dejar de lado la historia de los sujetos sociales para construir significados.

El trabajo comunitario tiene una especificidad y fundamentos clínico-epistemológicos en el campo de prácticas en promoción de salud mental que lo caracterizan y dichas prácticas, relacionadas con la promoción de salud/salud mental tienen como objeto a la comunidad en su conjunto con un enfoque integral. Es importante remarcar la característica de la integralidad de dichas prácticas ya que la misma intenta generar un corrimiento del binomio prácticas proactivas/prácticas reactivas que ha sostenido la división clásica entre atención, prevención y promoción de la salud.⁶

Interesa aquí señalar algunos aspectos sobre los que se funda el trabajo comunitario. Un primer aspecto se relaciona con la importancia del abordaje interinstitucional para posibilitar la realización de acciones conjuntas tendientes a la promoción y prevención, dando apertura al diálogo y la participación de los distintos actores de la comunidad eje fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida.

Un segundo aspecto, hace referencia al acercamiento temprano de los estudiantes a la comunidad, a través de problemáticas concretas, que permite a los estudiantes comprender los procesos dinámicos por los que atraviesan los sujetos con padecimientos relacionados con su salud mental y permite que desde la formación de grado se visualice un enfoque integral de los

2- Watson J. Ponencia del primer Congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [acceso: 18 de junio 2009]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Comentado en: *Revista Actualizaciones en Enfermería*. 2007; 10(4): 15-21. [Links]

3 Bang, Claudia Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas Universidad de Buenos Aires; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina

4- Almeida-Filho, N. & Paim J.S. (1999). La crisis de la Salud Pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico-Sociales*, 75, 5-30.

sujetos de atención y se intervenga conociendo el contexto en donde, más tarde, se desarrollarán las experiencias profesionales. En este sentido, cabe destacar que la carrera enmarca las experiencias prácticas en la línea de trabajo que rescata la dimensión socio- histórica de los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidados (Menéndez, 2009) y subraya el enfoque de derechos en el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Teniendo en cuenta esta mirada integral no es posible aislar la salud mental de la salud en general, salvo por finalidades operativas o de acción. La especificidad de la salud mental se encuentra en la importancia de incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas de salud y promoción de salud. Las acciones conjuntas se orientan a favorecer la transformación de lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación hacia la constitución del grupo como sujeto activo de transformación de sus realidades, generando condiciones propicias para la toma de decisiones. Cabe aclarar que para nuestro equipo de investigación la acción implica un proceso de facilitación conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados (Bang, 2010).⁷

Objetivos

- Favorecer en el estudiante el desarrollo de actitudes y aptitudes de valoración de respuesta humana real o potencial en situaciones que afectan a la salud mental.
- Aplicar una metodología apropiada que le permita contribuir a la protección, promoción y/o recuperación de la salud desde una perspectiva integral, histórica e innovadora.
- Conocer y aplicar las técnicas de la educación biocéntrica en los campos de experiencia práctica seleccionados.

Hacia una visión humanista del cuidado de enfermería

El cuidado humano involucra una serie de factores tales como valores, voluntad y un compromiso y conocimiento de los sujetos de cuidado.

Partimos de considerar al cuidado como una relación intersubjetiva que responde a procesos de salud enfermedad, interacción persona - medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado con el otro.

La relación que se establece es entre los sujetos que cuidan y el sujeto de cuidado, este proceso interpersonal con una dimensión transpersonal, nos permite conceptualizar al cuidado como un fenómeno existencial, relacional y contextual.

El desarrollo de la aplicación de un modelo de cuidado centrado en esta concepción descripta nos permite abordar al sujeto como un ser integral que atraviesa una situación a la que le asigna un significado particular, único e irrepetible. Teniendo en cuenta estas características la persona debe ser valorada teniendo en cuenta la complejidad que lo atraviesa y dentro del marco de la probabilidad y no de la certeza.

Según Watson, el cuidado que brinda el profesional de enfermería debe tener el compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad y la conservación de la vida, mediante un cuidado humanizado, en los pacientes.⁸

Para el abordaje de las necesidades humanas elegimos un enfoque holístico – dinámico que hace la síntesis de los cuatro componentes (biofísico, psicológico, social y espiritual) del conocimiento de la motivación individual y de la adaptación del estado de salud – enfermedad.

7- Bang, C. (2010). *La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en psicología, Tomo 3, (242-245). Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA.*
8- Garzón N. *Fortalecimiento de la Ética y Bioética en la Educación y en las prácticas de Enfermería. Bogotá: ACOPAEN; 1999*

Watson J, citado por Caro S, en el año 2009, enmarca la teoría en un pensamiento de transformación “considerando que un fenómeno es único en su interacción recíproca y presente en el mundo que le rodea”. Por ende, su teoría representa un compromiso profesional, factor motivador esencial en el proceso de cuidado; a través de normas éticas, basado en un enfoque humanista.⁹

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. La promulgación de esta ley representa una contribución insoslayable para afianzar este proceso de transformación iniciado en diferentes ámbitos para la búsqueda de garantía efectiva del derecho a la salud en condiciones dignas, equitativas y humanizadas.¹⁰

La normativa y su contenido, es clara, pone el énfasis en priorizar las acciones y los servicios de carácter ambulatorio con enfoque comunitario para ampliar de manera inclusiva los cuidados en salud mental, visualizando otras formas de abordaje para las problemáticas relacionadas con la salud mental. (Blanck, 2011).

Se hace necesario partir de la presunción de capacidad de todas las personas. Teniendo en cuenta a la persona como un sujeto inserto en un contexto histórico particular y único viviendo una experiencia de salud / enfermedad se realiza un diagnóstico de la situación de sus experiencias de manera integrada, participativa, creativa, ética y estética.

La humanización de las prácticas de cuidado requiere de nuevos enfoques que permitan el desarrollo de acciones transpersonales e intersubjetivas para logren proteger, mejorar y preservar la humanidad ayu-

dando a las personas a encontrar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.¹¹

Haciendo referencia a la teoría del Cuidado Humanizado, su autora se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico (existencial-fenomenológico), con base espiritual, cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería.

La autora refiere que el cuidado a las personas abarca un compromiso moral de proteger y realzar la dignidad humana, la experiencia, percepción y la conexión mostrando interés profundo a la persona, tal como lo expresa el principio biocéntrico, situar el respeto de la vida como centro y punto de partida de todas las disciplinas y comportamientos humanos, restableciendo la noción sacralidad de la vida.

“Enseñar exige conciencia de ser sujetos inacabados, por lo que siempre se deberá estar atento para continuar construyéndose como sujeto histórico.”

Paulo Freire

La educación biocéntrica

La experiencia que queremos compartir se centra en el principio biocéntrico, éste establece un modo de sentir y de pensar que tiene en cuenta a la vivencia como instrumento de información y de aprendizaje, reconoce la sacralidad en la vida y se basa en principios éticos como el respeto de la dignidad de las personas y los pueblos, el cuidado competente y afectivo, la responsabilidad social, la capacidad de trabajar en grupos permitiendo pasar del individuo competitivo al sinergismo de la cooperación y la solidaridad.

La educación biocéntrica nos acerca a este espacio vivencial buscando fortalecer las relaciones del grupo

9- Urrea E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Rev Ciencia y enfermería*. 2011; 17(3): 11-22

10- Blanck, E. (Ed). (2011). *Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba

11- Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado: Colorado Associated University Press; 1985.

12. González L, Velandia A, Flores V. Humanización del cuidado de enfermería. *De la formación a la práctica clínica*. CONAMED. 2009; (14):40-43.

y nos permite ejercitar la auto reflexión en las relaciones que se establecen con los estudiantes, docentes, tutores y sujetos de atención en las diferentes circunstancias que los sujetos sociales atraviesan.

Ruth Cavalcante refiere que "La Educación Biocéntrica anuncia una visión de mundo integrado, dinámico y biocéntrico a través de la acción educativa. Por este motivo, necesita tener en consideración otras métricas, sin perder su esencia y especificidad. Considero que tenemos muchos puntos de identificación epistemológicas y metodológicas con la Educación Dialógica en la perspectiva de Paulo Freire y que, por lo tanto, podemos aliarnos a ella. La metodología de la Educación Biocéntrica es reflexivo-vivencial, teniendo la inteligencia afectiva, desarrollada por Rolando Toro, como base de todos sus presupuestos pedagógicos así como la Biodanza y sus rituales de vínculos que actúa como mediadora, prestando su complejo modelo teórico"¹³

Esta visión tiene como paradigma básico el Principio Biocéntrico el cual plantea que toda actividad humana está en función de la vida; sigue un modelo interactivo de red, de encuentro y de conectividad; sitúa el respeto a la vida, no sólo del ser humano sino de todos los seres vivos, como centro y punto de partida de todas las disciplinas y comportamientos humanos.¹⁴

Esta propuesta ve al educando como sujeto de derechos y con capacidad de construir un conocimiento crítico. Comprende todas las instancias sociales, superando el ámbito educativo, en la medida en que percibe en todos los espacios sociales posibilidades de aprendizajes y desarrollo, ya sea en el ambiente familiar, organizacional, comunitario y/o en movimientos

sociales.¹⁵ Este enfoque educativo busca desarrollar una postura armoniosa de la existencia, en el sentido de la cooperación y de la justicia social.

Según R. Toro: "la humanidad no tiene esperanzas de sobrevivir, creando autómatas con identidad nacional, sino se cultiva la afectividad, y el sentido profundo de identificación y solidaridad para con los otros seres humanos."¹⁶

La Educación Biocéntrica es una concepción profundizadora de lo que han planteado los grandes pensadores de la educación en occidente, tales como Montessori, Steiner, Pestalozzi, Piaget, Freire y otros. Considera la construcción del conocimiento crítico a partir del diálogo amoroso que fundamenta el pensamiento de Paulo Freire y agrega el pensamiento complejo de Edgar Morin, particularmente su visión transdisciplinar de la educación.

Ruth Cavalcante refiere que no solo se busca un ser cognitivo sino el desarrollo de su afectividad y su percepción, que le permita generar un compromiso con los otros en un contexto determinado teniendo en cuenta la realidad social en la que se inserta como sujeto. En este contexto "el aprendizaje no se da sólo por el lado cognitivo, sino también por el lado de la percepción, por lo sensorial, por la intuición, en última instancia, por la vivencia; la conciencia se incorpora al ámbito de la emocionalidad y el mundo vivido del educando pasa a ser lo que mueve su aprendizaje."¹⁷

El Principio Biocéntrico pone la vida al centro, y epistemológicamente propone que el Universo sólo existe y evolucionó para que exista y floreciera la vida, tal como la conocemos hoy. La vida así no es un proceso fortuito de éste, sino al revés, la vida y su evolu-

13- Cavalcante, Ruth *Educación Biocéntrica, Dialogando en el Círculo de Cultura.*

14- Toro Araneda, R. "El principio Biocéntrico: Nuevo paradigma para las ciencias Humanas. La vida como matriz cultural. Editorial Cuarto Propio, Chile, 2014

15- Cavalcante, Ruth *La educación biocéntrica como dimensión Social. En Revista Latino Americana en Movimiento. Educación, justicia social y ambiental* 06/02/2014 <https://www.org/es/active/567716>.

16. *idem* 14

17- Cavalcante, Ruth *La educación biocéntrica como dimensión Social. Revista América Latina en Movimiento: Educación, justicia social y ambiental* 06/02/2014 <https://www.alainet.org/es/active/56777>

ción, es el origen del universo. De esta manera, para el Principio Biocéntrico la vida adquiere un carácter sagrado. Entonces, conectarse con la vida y su evolución es la forma saludable de aprender, crecer y desarrollarse.¹⁸

El enfoque biocéntrico, busca promover e integrar nuevos “saberes”. Su propuesta apunta a posibilitar procesos de aprendizaje que lleven a los miembros de la comunidad a actuar además del “saber”, del “saber hacer” y del “saber ser”, a hacerlo desde el “saber vincularse”: consigo mismo, con los otros y con su entorno.

Este enfoque busca incorporar la dimensión afectiva, de esta manera la implementación en proyectos educativos le permitirá a los sujetos sociales involucrados desarrollar la capacidad de comunicarse y vincularse saludablemente con otras personas.

“La Educación Biocéntrica tiene como finalidad un verdadero cambio en el psiquismo de la especie humana dirigido a la afectividad. Parece una utopía querer tratar de resolver el problema en su raíz, pero consideramos que es posible porque la afectividad implica la participación de la conciencia, de la memoria y de la representación simbólica que son aspectos fundamentales tratados en la Educación. Considera que el punto de partida para el cambio de las relaciones entre las personas es ontológico, por lo tanto busca re vincular aspectos culturales, estéticos, sensibles y biográficos del ser.”¹⁹

El principio biocéntrico sitúa el respeto a la vida como centro y punto de partida de todas las disciplinas y comportamientos humanos. Este enfoque permite recuperar la noción de sacralidad de la vida. El foco está puesto en el respeto y el amor por la vida. Bajo este principio, todo aquello que existe, elementos, es-

trellas, plantas, animales y seres humanos son los componentes de un sistema viviente mayor.

De esta manera, se concibe el universo como un gigantesco holograma vivo. “El principio biocéntrico propone la potencialización de la vida y la expresión de sus poderes evolutivos. Biodanza, es desde este punto de vista, una poética de lo viviente, fundada en las leyes universales que conserva y permite la evolución de la vida”.²⁰

La educación biocéntrica parte del nuevo paradigma que es el principio biocéntrico y por lo tanto su objetivo básico es la conexión con la vida y en esa medida su prioridad es el desarrollo de las pautas internas para vivir, para lo que se vuelve indispensable recuperar el sentido de la sacralidad de la vida y el goce de vivir.

Entre los objetivos que se buscan están cultivar la afectividad para superar toda discriminación social, racial, religiosa, exponer a los sujetos sociales al contacto con la propia identidad - educar para vencer desafíos en frente a las adversidades y/o dificultades tener coraje para defender sus puntos de vista, tener conexión con la propia fuerza, fortalecer la expresividad y comunicación y expresar emociones a través de la danza o del diálogo, desarrollar la creatividad artística y la expresión verbal.

Se trata en esta propuesta pedagógica que las personas salgan ante todo “integradas en todos los sentidos, que cuiden la multidimensionalidad del ser, valorizando igualmente los aspectos mental-cognitivo, afectivo-emocional, político social, corporal-cenestésico y espiritual-trascendente.”²¹

Antecedentes Institucionales con enfoque Biocéntrico

18- Idem 1

19- Cavalcante R., Wagner C. et al. “Educación Biocéntrica. Una construcción dialógica” 3ª Edición CDH, Fortaleza 2004

20- Arcilla Estrada, M.P. LA EDUCACIÓN BIOCÉNTRICA: UNA APUESTA EN ESCENARIOS DE FORMACIÓN CIUDADANA Y COMUNITARIA, Medellín, Colombia. Disponible en <file:///C:/Users/Admin/Downloads/mariapatriciarcilla.pdf>

21- CAVALCANTE, Ruth, Wagner Cezar, Diógenes Fátima, Arraes Cristiane, Regina Cássia. (2004). Educación Biocéntrica: Un movimiento de construcción dialógica. Fortaleza: Ediciones CDH.2004

La Escuela Superior de Ciencias de la salud contaba con antecedentes en diferentes espacios de formación en donde el estudiante de ambas carreras, licenciatura en enfermería y medicina han utilizado las técnicas de la educación biocéntrica en espacios comunitario, proyectos de extensión y vinculación con el medio y Talleres de Integración así como en el Módulo de Proceso y Práctica de la Enfermería en Salud mental en espacios hospitalarios y comunitarios.

Teniendo en cuenta que el conocimiento es construido, no recibido y los esquemas mentales cambian lentamente, el aula y los espacios de formación se consideran grandes espacios de transformación en donde los estudiantes crean y recrean la realidad que los atraviesa y son sujetos de transformación para su cotidiano y los sujetos sociales con los que se relacionan.

Se hace necesario en las prácticas educativas desafiar intelectualmente a los estudiantes con preguntas y repreguntas, a través de un camino interactivo. Un contexto rico en preguntas y oportunidades, donde no se juzga, la teoría y la práctica son igual de importantes, ambas y al mismo tiempo construyen el conocimiento. (Bain, 2007).

Según Paulo Freire en su definición de los niveles de conciencia mágica, ingenua y crítica para entender mejor el concepto de ser del mundo (parte integrante del mismo) y ser en el mundo (ser transformador de la realidad) afirmando que “no existe educación neutra”, en ese sentido la educación se convierte en un acto político, donde es necesario considerar la praxis educacional, las condiciones epistemológicas, en una dimensión ético-política.

Para ser democrática, la educación tiene en la participación popular el elemento fundamental para la integración social, ecológica y ambiental del educando.²²

La herramienta didáctica: La vivencia

La metodología utilizada es “la vivencia”. A partir de la experiencia en primera persona de lo que se habla es cuando se integra el conocimiento. La propuesta se centró en brindar a los estudiantes herramientas de la educación biocéntrica con el propósito de trabajar en red desde la formación y crear espacios de reflexión sobre las prácticas actuales y las diferentes formas de intervenir teniendo en cuenta la visión del otro.

Se buscó generar diferentes espacios de encuentro brindando técnicas de trabajo grupal a fin de construir ambientes enriquecidos para la realización de intervenciones con la comunidad y los diferentes grupos sociales que los estudiantes y futuros egresados pudieran abordar.

Se partió de una propuesta en donde el estudiante pudiera relacionarse con otro desde un espacio vivencial y amoroso con el objetivo de fortalecer los vínculos desde la formación trabajando en círculos de cultura con diferentes técnicas grupales y con el error como un instrumento de aprendizaje.

La vivencia según Dilthey²³ y asumida por Rolando Toro años más tarde, se entiende como el estado psicofísico de plenitud, de integración profunda del sujeto consigo mismo y con el momento que está viviendo (el aquí y ahora).

Según Dilthey en las ciencias naturales el sujeto puede desentrañarse, objetivar y salirse de sus experiencias para contemplar por sí mismo el objeto, pero en el mundo de la historia “quien explora la historia es el mismo que la hace”, y lo mismo se aplica a la cultura. Teniendo en cuenta al autor, las relaciones personales vividas (vivencias) se presentan como trascendentes para comprender el pasado y planificar el futuro. “El mundo del espíritu no puede ser comprendido desde afuera, sino que debe ahondado desde adentro”. Por lo tanto, las vivencias

22- Cavalcante, R. “La educación biocéntrica en su dimensión social” en *Revista América Latina en Movimiento Educación, justicia social y ambiental* 06/02/2014

Dilthey, Wilhelm, “fundación de las ciencias del espíritu” en: *El mundo histórico, Fondo de Cultura Económica, México, 1944, pp 5- 79*

se constituyen en necesarias para comprender la vida social.

La vivencia permite un entendimiento reflexivo (la comprensión) que se manifiesta desde adentro hacia afuera y requiere de métodos diferentes para la construcción del objeto.

La participación, colaboración y cooperación, tanto en la relación docente - estudiante, como en la relación entre pares depende del clima que genera el encuentro en donde se debe a los estudiantes expresarse libremente. En la colaboración cada estudiante, desde una posición individual, se comunica y aporta a un desarrollo transindividual, en la cooperación el aporte se produce a través de pequeños grupos quienes construyen que deben realizar conjuntamente una tarea.

En relación a utilizar al error como herramienta que permita alcanzar una reflexión en la práctica, debe haber, tal como lo define Doberti, un proceso hipotético-interactivo, que permita construir nuevos modelos y repensar los conocimientos adquiridos, a través de hipótesis.

Durante este proceso no sólo es importante que el estudiante cometa errores al buscar y crear soluciones y respuestas, sino también que el docente ayude a usar esos errores para generar nuevos interrogantes, no desechándolos y corrigiéndolos, sino utilizándolos de base para repreguntar.²⁴

El trabajo de campo se completa con el registro etnográfico de las vivencias sentidas y compartidas. Según Martínez y García dicha estrategia educativa resulta integradora e innovadora y actúa sobre una realidad cercana favoreciendo la participación intensa de los estudiantes y docentes permitiendo potenciar desde el conocimiento y los vínculos.²⁵

Como primera aproximación al campo se realiza una visita a la institución y a través de entrevistas en profundidad a diferentes referentes del centro (psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, docentes, profesores de plástica, operadores terapéuticos) surgen las problemáticas sociales factibles de ser abordadas con los estudiantes de manera participativa e integradora: la inserción laboral, la violencia familiar y escolar, discriminación, educación sexual integral y las adicciones, entre otras.

Teniendo en cuenta que Freire se destaca la importancia y el derecho que cada sujeto tiene a pronunciar su propia palabra. “La existencia, en tanto humana, no puede ser muda, silenciosa, ni tampoco nutrirse de falsas palabras sino de palabras verdaderas con las cuales los hombres transforman el mundo. Existir, humanamente, es pronunciar el mundo, es transformarlo. El mundo pronunciado, a su vez, retorna problematizando a los sujetos pronunciantes, exigiendo de ellos un nuevo pronunciamiento.”²⁶

En encuentros posteriores a la institución se relevó información sobre la funcionalidad de la institución y su estructura, el funcionamiento en cuanto a la dinámica de trabajo con los jóvenes y las actividades en donde los estudiantes se insertarían con el propósito de compartir generar espacios de encuentro que permitan, en el marco del módulo de Proceso y Práctica de la salud Mental Comunitaria y hospitalaria, el aprendizaje para ambos grupos.

Al Centro de Día nº 3 “La Granja”, espacio donde se llevaron a cabo las prácticas del módulo, asisten al momento de la experiencia un grupo de adolescentes constituido por 30 integrantes en total (que comprende 27 varones y 3 mujeres) entre 11 y 18 años, los cuales atraviesan diversos problemas, relacionados

74- Sasso, Paula. *El error como herramienta de aprendizaje en Reflexión Académica en Diseño y Comunicación* N°XXV [ISSN: 1668-1673] Año XVI, Vol. 25, Agosto 2015, Buenos Aires, Argentina

25- LARA, Sara. *Las vivencias estudiantiles del trabajo de campo y sus implicaciones pedagógicas. Revista de Investigación, Caracas*, v. 35, n. 73, p. 195-218, agosto 2011. Disponible en <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1010-29142011000200010&lng=es&nrm=iso>. accedido en 27 nov. 2017.

26- Freire, Paulo Freire, Paulo 1985 (1970) *Pedagogía del oprimido* (Buenos Aires: Siglo XXI).

con el consumo de drogas y otras problemáticas sociales.

El equipo de trabajo de la institución participó activamente en la construcción de diferentes propuestas presentados por los jóvenes factibles de trabajar durante la experiencia de los estudiantes.

La organización se realizó con un enfoque integral, en donde el docente se constituye en el facilitador del aprendizaje interviniendo en las ocasiones que se le requieran, acompañando y sosteniendo las propuestas de los grupos no perdiendo de vista los .

La experiencia no solo permitió reflexionar sobre las diferentes problemáticas que se abordan desde la salud mental sino también repensar las prácticas de los docentes y objetivos propuestos. Facilitar a un grupo implica el proceso de conducir a través del aprendizaje a que todos los miembros participen de la propuesta teniendo en cuenta a los mismos como personas únicas y que la intervención de cada uno de los integrantes es valiosa y permitirá construir el aprendizaje.

Según Paulo Freire el rol el de un facilitador es ayudar a un grupo a animar nuevas maneras de pensar y analizar su situación. Se parte de contextualizar a la persona como un sujeto histórico, relacional, único, con posibilidad de elegir inserto en un entorno con el que interactúa, al que modifica y lo modifica y los estudiantes fueron los protagonistas de su propio conocimiento vivencial interactuando de manera dinámica con los jóvenes.

Durante los encuentros se fueron fortaleciendo los lazos y el conocimiento, los estudiantes puede vivenciar diferentes aspectos que contribuyen a la formación profesional, no solo para fortalecer las relaciones vinculables sino también con el propósito de fortalecer su autoestima, su intuición, la cooperación y el aprendizaje.

Los sujetos implicados en la experiencia, de manera conjunta, generaron un Diario de Campo grupal (construcción colectiva) que les permitió recorrer el camino de las vivencias al finalizar sus prácticas y realizar un meta análisis de las mismas en espacios áulicos en donde la reflexión sobre la realidad vivida les permito fortalecer los conocimientos de salud Mental Comunitaria y aspectos relacionados con las relaciones sociales que atravesaron durante la estancia en la institución.

Se trabajó en círculos de cultura y se construyeron nuevos escenarios educativos: los parques, la huerta, las salas de música y arte. Se utilizaron diferentes técnicas tales como las entrevistas con informantes clave, Historias de vida y juegos interactivos, el arte, el teatro, la poesía y la música. Los círculos de cultura son concebidos como el lugar donde se promueve un diálogo vivo y creador, donde todos sabremos algo y todos ignoraremos algo, pero donde juntos podremos buscar estrategias, caminos alternativos, nuevas posibilidades para construir. La estrategia que se plantea es la problematización de situaciones, para desenmascarar, analizar y dialogar con otros y así superar la conciencia ingenua.²⁷

Cada grupo seleccionaba la actividad principal para desarrollar la jornada de trabajo, la que de manera participativa era compartida al final de los encuentros con un plenario en donde la propuesta era la generación de las palabras sentidas de cada uno de los integrantes de las vivencias y la propuesta surgida en el círculo.

Durante la experiencia de integración/formación vivencial se presentaron diferentes actividades interactivas abocadas a fomentar el desarrollo del pensamiento positivo haciendo especial hincapié para alentar el futuro de los adolescentes, fomentar el trabajo en equi-

27- Juárez Ramírez, J. *Los círculos de cultura. Una posibilidad para dialogar y construir saberes docentes. En publicación: Paulo Freire. Contribuciones para la pedagogía. Moacir Godotti, Margarita Victoria Gomez, Jason Mafra, Anderson Fernandes de Alencar (compiladores). CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. Enero 2008. ISBN 978-987-1183-81-4 Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/freire/17Jua.p>*

po y el arte como manera de expresar las emociones.

De las instancias de encuentro surgieron una obra de teatro, la realización de una barrileteada, denominada “Sueño de Barrilete”, en donde cada joven y estudiante remontaba su sueño luego de la construcción colectiva de sus barriletes, una Revista “LiberArte”, en la cual cada adolescente tuviera un espacio literario que le permita expresarse, a través de cuentos, relatos cortos, poesías, juegos, entretenimiento, deportes; esto permitirá fomentar la lectoescritura, la imaginación, el pensamiento crítico, la creatividad y principalmente que los jóvenes logren el empoderamiento de su propia salud mental.

Otra de las actividades de integración se llevaron a cabo en las instalaciones de la Escuela Superior de Ciencias de Salud, allí a través de un proyecto realizado por un grupo de jóvenes y estudiantes, se recorrió la institución y se realizaron actividades de formación en RCP (reanimación cardiopulmonar), visita y reconocimiento del laboratorio de simulación y morfológico funcional.

Las actividades tuvieron una mirada en donde todos aprendieron de todos, se realizó la huerta de aromáticas en las instalaciones de la institución a cargo de los jóvenes del espacio adolescente quienes utilizaron su experticia en las técnicas de cultivo y permacultura para brindar sus conocimientos en un proceso de construcción colectiva. Posteriormente se realizó la pintura de un mural que se había diseñado en la Granja en uno de los encuentros de manera conjunta con el propósito de desmitificar la inserción en la vida laboral y/o estudiantil que los jóvenes de la granja tenían.

“Un día en la Escuela de Salud” permitió pensar que no solo existen oficios sino la posibilidad de construir desde otros espacios su formación profesional, se

compartió un almuerzo en instalaciones de la escuela y se reflexionó sobre la realidad social que atraviesan los jóvenes hoy.

Es importante destacar la activa participación del personal de la institución, abiertos a las diferentes intervenciones y predispuestos a dar continuidad al abordaje con el fin de fortalecer las acciones iniciadas tendientes a mejorar las relaciones interinstitucionales e intra-institucional. La experiencia generó un vínculo que hasta hoy se mantiene con otros grupos de estudiantes que participan de actividades propuestas desde el espacio comunitario.

Conclusiones o resultados logrados

Según los objetivos propuestos, resulta importante destacar que la generación de espacios de encuentro comunitario es esencial para promover vínculos solidarios, favorecer la participación y la posibilidad de sostener la integración en diferentes ámbitos en donde se generen de manera compartida, colectivamente, desde una mirada integral una nueva forma de integración de redes comunitarias.

Un trabajo comunitario necesita articular diferentes actores sociales, referentes y organizaciones que permitan dejar desentrañar la trama vincular.

Es necesariamente un trabajo que articule o ponga en diálogo diferentes actores en una comunidad.

Las estrategias pueden desarrollarse a partir del trabajo articulado en varios niveles: la conformación y sostenimiento de redes interinstitucionales y el fortalecimiento de redes comunitarias a partir de los procesos participativos. El desarrollo de estrategias creativas es un principio y necesidad fundamental. La constitución de equipos interdisciplinarios y el trabajo intersectorial

7 Sasso, Paula. *El error como herramienta de aprendizaje en Reflexión Académica en Diseño y Comunicación* N°XXV [ISSN: 1668-1673] Año XVI, Vol. 25, Agosto 2015, Buenos Aires, Argentina

25- LARA, Sara. *Las vivencias estudiantiles del trabajo de campo y sus implicaciones pedagógicas. Revista de Investigación, Caracas*, v. 35, n. 73, p. 195-218, agosto 2011. Disponible en <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1010-29142011000200010&lng=es&nrm=iso>. accedido en 27 nov. 2017.

26- Freire, Paulo Freire, Paulo 1985 (1970) *Pedagogía del oprimido* (Buenos Aires: Siglo XXI).

resultan imprescindibles (Bang & Stolkiner, 2013).

La experiencia no solo permitió reflexionar sobre las diferentes problemáticas que se abordan desde la salud mental sino también repensar las prácticas de los

docentes y estudiantes en los ámbitos comunitarios comprometiéndose con la realidad social que nos atraviesa.

Testimonio de una integrante de la comunidad

ME SENTÍ A GUSTO Y SATISFECHA EN LA ACTIVIDAD. LOS LOGROS CON LOS CHICOS FUE CONSECUENCIA DE UN TRABAJO COMPROMETIDO Y EN CONJUNTO. TANTO ESTE EQUIPO COMO VDS. SE LOGRÓ HACER UN VÍNCULO DESDE EL INTERÉS, EL CARIÑO Y LA BUENA PREDISPOSICIÓN. ELLOS VALORAN ESTA ACTITUD DE PARTE DE VDS. NO SIEMPRE LOGRAN ESTA CONFIANZA QUE CON VDS ESTÁN TENIENDO. DE HECHO ES POR ESTA RAZÓN QUE LES SURTIÓ LA IDEA DE INVITARLOS A UNA JORNADA RECREATIVA EL JUEVES 19. ME HACE FELIZ QUE SEAMOS MUCHOS LOS QUE QUERÉAMOS TRABAJAR DESDE EL AMOR - GRACIAS !!

Buena tarde.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida-Filho, N. & Paim J.S. (1999). La crisis de la Salud Pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico-Sociales, 75, 5-30.
- Bang, C. (2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en psicología, Tomo 3, (242-245). Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA.
- Bang, Claudia (2013) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas Universidad de Buenos Aires; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina
- Cavalcante, Ruth, Wagner Cezar, Diógenes Fátima, Arraes Cristiane, Regina Cássia. (2004). Educación Biocéntrica: Un movimiento de construcción dialógica. Fortaleza: Ediciones CDH.
- Freire, Paulo Freire, Paulo 1985 (1970) Pedagogía del oprimido (Buenos Aires: Siglo XXI).
- Garzón N. Fortalecimiento de la Ética y Bioética en la Educación y en las prácticas de Enfermería. Bogotá: ACOPAEN; 1999
- González L, Velandia A, Flores V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. CO-NAMED. 2009; (14):40-43.
- Juárez Ramírez, J. Los círculos de cultura. Una posibilidad para dialogar y construir saberes docentes. En publicación: Paulo Freire. Contribuciones para la pedagogía. Moacir Godotti, Margarita Victoria Gomez, Jason Mafra, Anderson Fernandes de Alencar (compiladores). CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires. Enero 2008. ISBN 978-987-1183-81-4 Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/freire/17Jua.p>
- Lara, Sara. Las vivencias estudiantiles del trabajo de campo y sus implicaciones pedagógicas. Revista de Investigación, Caracas, v. 35, n. 73, p. 195-218, agosto 2011. Disponible en http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1010-29142011000200010&lng=es&nrm=iso. accedido en 27 nov. 2017.
- Maturana, Humberto (1996). El sentido de lo humano. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones, octava edición
- Maturana, Humberto y Varela, Francisco (1987). El árbol del conocimiento Campinas – SP: Psy.
- Menéndez, E. (2009). De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Merhy, E. (2006). Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Morin, Edgar. (1999). Los siete saberes necesarios para la Educación del futuro. Elaborado para la UNESCO por Edgar Morin como contribución a la reflexión internacional sobre cómo educar para un futuro sostenible. Traducción de Mercedes Vallejo Gómez.
- Morin, Edgar. (2015) “Enseñar a vivir” Manifiesto para cambiar la educación. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires)
- Rossi, Vincenzo. La vida en movimiento. El Sistema Río Abierto. Sanar los bloqueos emocionales. Editorial Kier.
- Schön, D. (1992). La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Editorial Paidós.
- Urta E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Rev Ciencia y enfermería. 2011; 17(3): 11-22
- Watson J. Ponencia del primer Congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Acceso: 18 de junio 2009]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Comentado en: Revista Actualizaciones en Enfermería. 2007; 10(4): 15-21. [Links]
- Watson J. Caring science as sacred science. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005

ACTUALIDAD

Actualización continua en Enfermería.

En este apartado nos hemos propuesto invitarlos a compartir la información que nos acerquen acerca de actividades científico- tecnológicas y académicas relacionadas con el campo de la salud, para poder contribuir a su difusión.

Consideramos que todas las actividades que podamos dar a conocer sobre la práctica profesional, actividades educativas, de gestión y de investigación relacionadas con el campo social de la salud, van a repercutir en la calidad del cuidado y en el desarrollo de la disciplina. Esperamos sus valiosos aportes.

Para ello nos pueden escribir al siguiente mail de contacto: enfermeria@unq.edu.ar



Indicaciones para los autores

Criterios para la aceptación de artículos

La revista *Territorios del Cuidado* publica artículos en español y portugués, producto de investigación, reflexión o de revisión, relacionados con la enfermería en las diferentes áreas de su ejercicio, y que no hayan sido enviados a otras publicaciones (electrónicas o impresas). El contenido de los mismos debe ser afín con la temática y estar de acuerdo con la política de revisión. Además de cumplir con los criterios de originalidad, novedad y de metodología. Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan la política de la revista. Todos los trabajos deben estar acompañados de su correspondiente declaración de originalidad de los textos, por parte de cada uno de los autores.

Extensión y presentación de los artículos

Los trabajos deben ser de máximo 25 páginas, en Microsoft Word, tamaño carta, a doble espacio, sin espacios adicionales entre párrafos y títulos. Tipo de letra: Times New Roman; Tamaño: 12; márgenes superior e inferior: 3 cm y márgenes derecho e izquierdo: 2,5 cm.

♦ Envío de los artículos

El texto completo de los artículos debe enviarse en medio magnético, CD, DVD e impreso en original a la siguiente dirección:

Universidad Nacional de Quilmes
Departamento de Ciencias Sociales
Licenciatura de Enfermería
Oficina 111
Roque Sáenz Peña 352,

Bernal, Buenos Aires, Argentina

También se reciben artículos por correo electrónico que cumplan con las anteriores especificaciones.

Organización de los artículos

♦ Título. Debe ser breve, no incluir abreviaturas ni fórmulas.

♦ Nombre del autor (autores). Debe ir inmediatamente después de título. Si son varios autores, se debe indicar con un llamado al pie el nombre de la persona a quien se le puede dirigir la correspondencia.

♦ Formación académica y filiación institucional: en nota al pie de página se debe informar el más reciente título académico, la institución a la que está vinculado el autor (autores), la dirección de la institución y el correo electrónico del autor (autores).

♦ Resumen. Máximo 200 palabras. Debe indicar con claridad: objetivos, método, resultados, interpretación y conclusiones.

♦ Palabras clave. Cinco palabras clave o frases que indiquen los principales aspectos del artículo. Deben estar inscritas en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de Bireme.

♦ Cuerpo del trabajo. Los trabajos de investigación, por lo general, deben seguir el formato IMRED: introducción, materiales y métodos, resultados y discusión (conclusión).

♦ Notas al pie de página. Son aclaraciones. Aparecen numeradas en forma consecutiva en la parte inferior de las páginas. Se utilizan para identificar la filiación institucional y dirección de los autores, para ampliar información inédita, o para dar explicaciones marginales que interrumpen el desarrollo natural del texto.

♦ **Referencias bibliográficas.** Indican las fuentes originales de los conceptos, los métodos y las técnicas a los que se hace referencia en el texto y que provienen de investigaciones, estudios y experiencias anteriores. Se citan con números consecutivos entre paréntesis según el orden de aparición en el texto o según orden alfabético. Los resúmenes no se utilizarán como referencias. Las referencias bibliográficas se incluyen al final de artículo, siguiendo las normas de Vancouver.

♦ **Cuadros.** Deben presentarse en forma comprensible. Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos, fotografías y mapas) servirán para agregar información. Sus títulos deben ser cortos, precisos y concisos y citar la fuente de donde fueron tomados, incluso aclarar si es una elaboración propia. Las fotografías deben ser de excelente calidad e incluir la fuente de origen y la fecha.

enviar los archivos originales de los cuadros, o como imágenes en formato .JPG de 300 Dpi.

♦ **Glosarios.** Las palabras definidas o explicadas,

salvo los nombres propios, se escriben con minúscula inicial, en bastardilla. La palabra definida va separada de su definición por dos espacios, sin ningún signo de puntuación.

♦

Declaración de privacidad

La presente revista y su contenido son propiedad de la Universidad Nacional de Quilmes y, en consecuencia, sólo se podrá acceder a ella para lectura o impresión, como copia personal, y sin ánimo de lucro. Cualquier otra forma de utilización como reproducción, transformación, comunicación pública o distribución, con fines lucrativos, requiere la autorización previa de la Universidad Nacional de Quilmes.

Los nombres y direcciones de correo-e introducidos en esta revista se usarán exclusivamente para los fines declarados por esta revista y no estarán disponibles para ningún otro propósito u otra persona.

Los artículos que contiene esta revista representan la opinión de sus autores y no constituyen necesaria-



Universidad Nacional de Quilmes
Departamento de Ciencias Sociales
Licenciatura en Enfermería

BUENOS AIRES, ARGENTINA
DICIEMBRE DE 2017

