

Humanismo: Fortaleza de enfermería para el desarrollo teórico y científico de la profesión*

Resumen

Mi planteamiento central en esta presentación es que el humanismo es parte del desarrollo teórico y científico de la profesión. Para sustentarlo, inicio mi exposición con un análisis del pensamiento de enfermería en contraposición al pensamiento médico; enseguida presento una serie de hechos significativos que han tenido influencia en el desarrollo de la enfermería, para, posteriormente, estudiar las interrelaciones entre disciplina y profesión y su aplicación en enfermería luego, analizo las implicaciones de este nuevo pensamiento de enfermería; y, finalmente, expongo algunas reflexiones a manera de conclusiones.

Humanism: A strength of nursing for the theoretical and scientific development of the profession

Abstract

The main topic in this presentation is that humanism is part of the theoretical and scientific development of the nursing profession. To support this, I begin my exposition with an analysis of the thinking on nursing as opposed to medical thinking. Then I present a series of significant facts that have influenced the development of nursing, followed by a study of the different sorts of interrelations between discipline and profession, and their application in nursing. Subsequently, I analyze the implications of this new thinking on nursing to finally include some reflections as conclusions.

HUMANISMO: Fortaleza de enfermería para el desarrollo teórico y científico de la profesión*

Ana Luisa Velandia Mora**

Con frecuencia se oye hablar del *pensamiento médico*, sea para plantearlo en términos positivos o para criticarlo. Me refiero aquí al pensamiento de los médicos. Sin embargo, en las ciencias de la salud, si bien **el pensamiento médico** es todavía hegemónico, no es el único, ni abarca todas las profesiones.

Yo trataré de presentar a Uds. el **pensamiento de enfermería**, dicho en otros términos, comentar cómo pensamos las enfermeras acerca de la salud. Éste es un aspecto muy importante, ya que justamente lo que le da identidad profesional a la enfermera es el enfoque humanístico (*holístico*, les gusta llamarlo a algunas enfermeras) que imprime al cuidado que presta a la salud de los seres humanos. (Velandia, 1997).

Hay acuerdo sobre los cuatro conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería en lo disciplinar y en lo profesional. Estos cuatro conceptos han sido identificados como: hombre (persona: paciente o usuario, y enfermera), contexto (ambiente: del paciente y de la enfermera), salud (vida) y cuidado (acción, intervención terapéutica) de enfermería.

* Ponencia central en el I Congreso Internacional de enfermería: "La prospectiva de enfermería en el escenario mundial. Puebla (México), octubre 29 y 30 de 1998.

** E.G., L.E., M.A., Ph. D., Profesora especial y emérita, Universidad Nacional de Colombia.

Algunas enfermeras teóricas (como Martha Rogers) señalan que es imposible separar a la persona de su contexto porque en conjunto forman una unidad totalmente indivisible. Y, en general, hoy se puede decir que la enfermería ya acordó que el sujeto de estudio de la disciplina es el ser humano en unidad con su ambiente, lo cual flexibilizó el concepto de desarrollo teórico derivado de la estrategia: investigación / teoría. (Velandia y Díaz, 1996).

La evolución de la ciencia de enfermería probablemente no ha seguido la evolución tradicional de las ciencias básicas y de otras disciplinas profesionales, conforme con lo que postulan los filósofos de la ciencia. Entre otras cosas, porque la enfermería actúa en un sistema abierto y, como tal, debe responder a las demandas de la sociedad. Las acciones de enfermería y de sus usuarios (o clientes) están enmarcadas y modeladas por su ambiente social; por lo tanto, son modificables y cambiantes de acuerdo con las exigencias del contexto.

La práctica existente es la primera fuente de ideas de enfermería, y dentro de este contexto el receptor del cuidado de enfermería y el cuidado mismo inspiraron la teoría.

Manuel Esteban Albert considera que el desarrollo de una disciplina científica no es sólo producto de los presupuestos internos de su objeto, ni el precipitado natural, espontáneo y súbito de una sistematización de los enunciados internos o de las representaciones de los fenómenos que estudia. Antes que eso, es siempre, o casi siempre, también el producto de una historia y de una práctica profesional. De tal manera, una disciplina como ciencia debe pensarse y construirse desde la historia, desde la práctica profesional, desde la filosofía de la ciencia, desde la historia comparada de las ciencias. (Hernández, 1995).

El mismo Albert en el prólogo del libro de Juana Hernández (1995), *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*, dice: "La naturaleza disciplinar se caracteriza, ante todo, por la existencia de un núcleo conceptual". El conjunto de conocimientos que configuran este núcleo puede surgir de muy diversas formas. En unos casos, la propia naturaleza y organización de los conocimientos establecen el estatuto epistemológico de las ciencias básicas. En éste es la propia naturaleza del conocimiento y su organización lógica la que se impone con evidencia como ciencia.

En otros casos, en cambio, como suele ocurrir en las disciplinas aplicadas, técnicas o prácticas, *el proceso de configuración científica procede de una manera determinada en gran medida por factores históricos y sociales*. Tal es el caso de las profesiones como la enfermería que, habiendo tenido un origen práctico y asistemático, han ido organizándose a través de los siglos como una actividad o profesión

altamente estructurada, con un amplio campo de conocimientos específicos pertinentes a esa práctica, una metodología precisa y definida, y un objeto, material y formal perfectamente identificable.

Hechos significativos que han tenido influencia en el desarrollo de la disciplina y la profesión de enfermería.

Hay una serie de hechos que yo considero significativos para la profesión, ya que han influido en su evolución, bien sea de manera negativa o positiva. (Velandia, 1998).

Negativos

— El fenómeno que, a mi manera de ver, incidió de manera más negativa en el desarrollo de la enfermería en sus inicios como profesión, tanto en el ámbito mundial como en Colombia, fue el hecho de haber sido ejercida principalmente por mujeres; ya que la enfermería cargó con los lastres que han tenido que soportar las mujeres a través de la historia.

Las mujeres, sólo muy tardíamente, pudieron entrar a la universidad; en Colombia sólo después de la Reforma Universitaria de 1936. Pero tampoco podrían haberlo hecho antes porque el bachillerato para mujeres sólo se autorizó a comienzos de la década de los treinta, y el primer grupo de mujeres bachilleres salió del Gimnasio Femenino en 1936.

Hasta los gobiernos liberales que se inician con Abadía Méndez en 1930, sólo podían votar los alfabetas, que eran un porcentaje muy bajo de la población (a comienzos del siglo XX, el 11%); en ese momento se aprueba el denominado *voto universal*, llamado así porque cubría a *todos los hombres* (incluso analfabetas). Pero el derecho de las mujeres a elegir y ser elegidas sólo se aprobó con el Plebiscito de 1957. (Velandia).

La situación a escala mundial, aun cuando no era tan deprimente, tampoco ha sido muy diferente.

— Otro hecho que influyó negativamente, en especial a escala mundial, fue el hecho de que las mujeres hayan cedido su cuerpo de conocimientos y su experticia como sanadoras (las llamadas brujas), y luego como parteras en favor de los hombres (es decir, de los ginecólogos), y el haber dejado de ser cuidadoras para convertirse en auxiliares de los médicos dentro de la organización *institucionalizada* de atención a los enfermos.

Ehreinreich y English en su trabajo *Brujas, comadronas y enfermeras* (1979) pintan muy bien esta situación en el ámbito mundial, y consideran que las sanadoras de antaño, finalmente, se vieron reducidas a la condición de enfermeras: “Les arrebataron ancestrales conocimientos, y con ellos, el derecho a la palabra”.

— Un suceso significativo, y muy relacionado con el anterior, es la concepción de la salud que se ha mantenido en el ámbito oficial. Al institucionalizar la salud, y centrarla en la curación de enfermedades, el modelo biológico se hizo hegemónico y la atención de salud se *medicalizó*, al decir de Michel Foucault, y dentro de estas condiciones, el papel de la enfermera se redujo a apoyar al médico en sus acciones curativas. Al respecto, Ehreinreich y English dicen: “Finalmente [las enfermeras] se vieron reducidas a cuidadoras de enfermos en los hospitales, donde callada, silenciosamente, ejecutan las órdenes de la erudición masculina”.

Estas mismas autoras, ya citadas, se preguntan: ¿cómo llegamos a nuestra posición actual de subordinación desde nuestra posición de liderazgo? Entre los muchos factores, están: a) la ocupación masculina del cuidado de la salud; b) la supresión de las brujas en Europa, y c) el crecimiento de la profesión médica en los hombres en el siglo XIX en América. (Se refieren a los Estados Unidos).

— Todo esto puede haber influido en la tendencia a una fuerte normatización, o mejor, *reglamentación de la rutina*, que con frecuencia caracteriza el trabajo de la enfermera, y a lo cual se ha referido Patricia Benner. (Benner, 1987), (Velandia, 1995, b).

Gabriel Restrepo Forero (1982) nos decía: “Un aspecto importante en la organización de los grupos profesionales es lograr la institucionalización de la tolerancia. Una comunidad profesional ha de caracterizarse necesariamente por la pluralidad de roles [sic] que puedan ser desempeñados por sus miembros”.

Pero la institucionalización de la tolerancia tiene que ver con otros mitos y dogmas de enfermería que se interponen frente a ella. Veamos: la determinación de áreas de desempeño profesional muy definidas, aspecto que llevó a formar enfermeras para unos cuantos puestos de trabajo predeterminados: enfermera jefe de sala o directora del departamento de enfermería, y cuando más, enfermera jefe de centro de salud o instructora de escuela de enfermería, con funciones y actividades tan perfectamente establecidas que podían caber en un manual de normas. (Velandia, 1995, b).

— Otro hecho, que puede ser consecuencia de los anteriores, es el **mito** que nos ha acompañado, según el cual tenemos que demostrar que somos *ciencia*; lo que ha hecho menospreciar nuestra condición de *profesionales*, que es donde radica nuestra fortaleza.

Estoy de acuerdo con Donaldson (1978) cuando dice: “Los campos que enfatizan la investigación aplicada deberían llamarse más correctamente disciplinas aplicadas o ramas aplicadas de las disciplinas académicas, en lugar de llamarse disciplinas profesionales”.

En esto coincido también con Talcott Parsons (1976) cuando habla de dos categorías primarias de profesiones: a) la erudición misma, investigación, fomento del saber, transmisión del conocimiento actualizado, y b) la rama aplicada del conocimiento a actividades prácticas, competencia técnica. Cada uno de estos dos grupos tiene intereses que le son propios: en la rama académica prima lo cultural, mientras que en la rama aplicada prima lo social. Yo creo que esto también tiene que ver con la dimensión social de la práctica de enfermería de la que habla María Consuelo Castrillón. (Castrillón, 1997).

La denominación de cada grupo la determinaría su ejercicio: a) los que ejercen la rama académica serían los *científicos*, encargados de institucionalizar las disciplinas a través del complejo universidad-academia, y los que ejercen la rama aplicada, es decir, la práctica de las disciplinas, serían los *profesionales*. Por consiguiente, el carácter científico o profesional está dado, más que por el área del conocimiento a que esté dedicado, por el papel que desempeñe: académico o práctico. (Parsons, citado por Velandia, 1995, b).

Como todo, esto tiene relación con el contexto en tiempo y espacio en que se ha movido la profesión, especialmente a mediados del siglo XIX cuando empieza realmente a profesionalizarse. Por ello, necesitamos revisar la forma como han venido evolucionando las concepciones sobre ciencia, tecnología, disciplina, profesión.

Si tenemos en cuenta que la clasificación actual de las ciencias se formalizó a mediados del siglo XIX cuando estaba en auge la investigación en ciencias naturales y sólo se consideraba como ciencia lo que hacían los científicos de la naturaleza: físicos, químicos, biólogos, y, por consiguiente, la investigación era experimental y cuantitativa, y las profesiones, entendidas ahora como disciplinas aplicadas, sólo vinieron a desarrollarse en Europa luego de la Revolución Industrial y en Colombia después de la primera guerra mundial, con el desarrollo industrial que esto representó para el país es lógico entender que el desarrollo de una profesión, en especial de una profesión femenina, no podía darse de manera fácil.

Las ciencias sociales sólo vienen a desarrollarse en el presente siglo, y en Colombia, luego de la segunda guerra mundial. El desarrollo de las ciencias sociales rompió la concepción de la ciencia como algo relacionado con las ciencias naturales, en donde la experimentación es base de la investigación, y sólo son válidas las técnicas cuantitativas. (Velandia, 1998, a).

Positivos

Los aspectos positivos parecen darse por la transformación de algunos de los aspectos negativos.

— El primero tal vez sea la *revolución femenina*. La situación de la mujer ha venido cambiando de manera significativa. Los movimientos feministas han transformado sus puntos de vista, pasando de una discusión de corte biológico sustentada en el sexo, a una concepción más amplia del problema, orientada hacia el género como hecho socio-cultural. Una nueva dimensión de la mujer de hoy es, entonces, la posibilidad real de producir obras, de realizar un trabajo práctico, de expresarse en cualquiera de los campos del conocimiento, el arte o la técnica, es decir, de ser un hombre en el sentido universal; esto es, un ser humano integral y para ello (con Simone de Beauvoir) “debe trascender su condición femenina, pero una vez la haya hecho consciente”.

Lo anterior ha implicado la necesidad de un movimiento feminista, no para exigir por el hecho de ser mujer, sino para demostrar su propio valor como persona, como ser humano. Para la enfermera significa superar la imagen de la dama de blanco que impide su desarrollo y su incorporación plena al equipo de salud, y promover el ingreso de hombres a la carrera de enfermería y, en general, a las profesiones que han venido siendo consideradas como femeninas. (Velandia, 1995, c).

— El desarrollo de las ciencias sociales, que ha contribuido a romper el concepto de ciencia como algo necesariamente relacionado con la naturaleza y ha permitido acercarse de manera más integral al hombre, al ser humano como una *totalidad*. Para este aparte utilizaremos las ideas del físico Fritjof Capra, expuestas en el capítulo: *La visión mecanicista de la vida*, de su libro: *El punto crucial* (1987).

Según el eminente biólogo Paul Weiss (citado por Capra): “Podemos afirmar definitivamente (...) basándonos en las investigaciones estrictamente empíricas, que por el mero hecho de reunir una vez más, sea en la realidad o en nuestra imaginación, las partes del universo que hemos disecado en nuestro análisis, no lograremos explicar completamente ni siquiera el comportamiento del sistema viviente más elemental”.

Los biólogos todavía no saben cómo respiramos, cómo regulamos la temperatura de nuestro cuerpo o por qué dirigimos nuestra atención a un objeto y no a otro. Lo mismo podemos decir de la curación de las heridas, de la naturaleza y de las vías del dolor, que siguen estando en gran medida envueltas en el misterio.

La medicina occidental ha adoptado el sistema reduccionista de la biología moderna, adhiriéndose a la distinción cartesiana y sin tener en cuenta toda la persona del paciente; por consiguiente, los médicos modernos se ven incapacitados para entender y para curar muchas de las principales enfermedades de hoy. Pero, poco a poco, estos médicos

han comenzado a plantearse que muchos de los problemas con los que se enfrenta nuestro sistema de salud tienen su origen en el modelo reduccionista del organismo humano, sobre el cual se ha apoyado el sistema. Este hecho lo reconocen no sólo los médicos sino también e incluso más los enfermeros y otros profesionales de la salud, y además gran parte del público. (Capra, 1987).

Para resolver estos problemas se necesita un nuevo paradigma, una nueva dimensión conceptual que vaya más allá del enfoque cartesiano. Es probable que la visión de sistemas se convierta en la base conceptual de esta nueva biología, como parece insinuar Sidney Brenner (citado por Capra) en sus especulaciones sobre el futuro de la ciencia: "Creo que durante los próximos veinticinco años los biólogos tendrán que aprender otro idioma (...) Aún no sé cómo se llama ese idioma; de hecho, nadie lo sabe. Pero lo que se trata de hacer, en mi opinión, es solucionar el problema elemental de la teoría de los sistemas elaborados (...) Y es aquí donde surge un grave problema de niveles: quizá sea un error creer que toda la lógica se halla a nivel molecular. Tal vez tengamos que ir más allá de los simples mecanismos de relojería".

En la mayoría de las facultades de salud rara vez se discuten muchas cuestiones fundamentales para la salud, como la alimentación, el trabajo, la densidad de población, y algo aparentemente tan obvio, como la casa, su familia, y, por consiguiente, hay muy poco espacio para la asistencia preventiva. Incluso, cuando los médicos hablan de prevenir las enfermedades, muchas veces lo hacen dentro del esquema reduccionista del modelo biomédico.

Yo considero que, precisamente porque la muerte y la vida son una unidad dialéctica, no deberíamos hablar de la enfermedad como un contrario de la salud, ellas dos son manifestaciones de la vida, son parte de su esencia, y eso es lo que, en últimas, nos interesa, no que una persona tenga o no enfermedades. (Velandia, 1988).

— La transformación de las concepciones en salud, en lo cual necesariamente ha influido el aspecto anterior. La concepción de que el objeto de estudio de las ciencias es el hombre enfermo es refutada por la práctica diaria, y se acepta cada vez más el planteamiento de que el objeto de estudio son los conceptos socialmente definidos de *salud-enfermedad*.

Algunos estudiamos la evolución de los conceptos de *nivel*, *condiciones* y *calidad* de vida; este último hace referencia a múltiples aspectos de la vida del hombre y supera, con creces, los dos primeros conceptos que venían siendo utilizados.

Vasco (citado por Velandia, 1995, a) considera que la aparición de nuevas y complejas entidades ha hecho que el lenguaje médico se torne

cada vez más prudente, de tal manera que hoy existen menos diagnósticos y más síndromes. Esto significa que cada vez hablamos más de problemas de salud que de enfermedades.

Incluso, hoy ya se habla de *deterioro de la vida*, cuyos indicadores hacen más referencia a la calidad de vida. Igualmente, se hace énfasis en que la salud y la enfermedad sólo tienen realidad dentro de la polaridad vida-muerte, y se propone la utilización de la categoría *proceso vital humano* que conlleva los niveles e interacciones biológico-sociales e individual-colectivo.

El tipo de asistencia primaria tiene hoy sus más firmes partidarios en los enfermeros, que se hallan en primera fila en el movimiento sanitario holístico. En la actualidad, un número cada vez mayor de enfermeros deciden ejercer como terapeutas independientes y no como asistentes de médicos, y abordan su actividad de manera holística (...) En este sistema, los médicos desempeñarán el papel de especialistas: recetarán medicinas y realizarán intervenciones quirúrgicas en casos de emergencia, tratarán los huesos fracturados y practicarán toda la gama de intervenciones médicas para las que el enfoque biomédico resulta adecuado y pueda ser fructífero (...) La instrucción universitaria se concentrará mucho más en la terapia familiar y en la atención de salud practicada en los ambulatorios: esto es, en la comprensión del paciente como persona (Capra, 1987; 395).

— El desarrollo de las profesiones, coherente con el desarrollo tecnológico, que hace presumir un auge del trabajo profesional a comienzos del siglo XXI. Las ideas de Kuhn del desarrollo, por cambios definitivos de paradigmas, están siendo reemplazadas por la idea de transformación constante, de acumulación del conocimiento. Las exigencias de la sociedad están más orientadas a la solución de los problemas concretos, lo cual tiene que ver con la profesión, una de cuyas características cruciales es la capacidad de diseño, es decir, de producir tecnología, de innovar; en últimas, de hacer puente entre la ciencia y la técnica, renovándola permanentemente de manera científica. (Velandia, 1996). El efecto tendrá que ser un trabajo más *profesional*, es decir, más independiente, más sustentado en decisiones propias y oportunas.

Las interrelaciones disciplina-profesión

Una ciencia fáctica particular, tal como la bioquímica o la historia social, se caracteriza por tener los siguientes componentes: una comunidad de investigadores, una sociedad que apoya o al menos tolera su actividad, dominio o universo de un discurso, una concepción general o filosófica, un fondo formal o sistema hipotético-deductivo, un fondo específico (colección de datos, hipótesis, teorías y métodos, obtenidos en las ciencias y tecnologías relacionadas), una problemática, un fondo de conocimiento acumulado (histórico), objetivos, una metódica,

componentes cambiantes (dinámica) y parientes próximas. (Bunge, 1985).

Por otra parte, considerando la definición que el Diccionario Oxford da de *disciplina*, como una rama de instrucción o educación, un departamento de aprendizaje del conocimiento (Donaldson y Crowley, 1978), podríamos decir que la enfermería sí es una disciplina, ya que ella es una rama del conocimiento que se enseña en facultades o departamentos de universidades o instituciones de educación superior.

Pero, como dijimos en el primer aparte de este escrito, para poder actuar con discernimiento, con *criterio profesional*, necesitamos una fuerte argumentación conceptual, trabajar sobre nuestro objeto epistémico, profundizar en las tres dimensiones cuya comprensión es esencial para el estudio de nuestra identidad: el *ser*, que se refiere a nuestro *ethos*, a su indagación filosófica, al humanismo; el *saber*, que tiene que ver con la claridad teórica y metodológica, con el conocer, y el *hacer* o *quehacer*, que se relaciona con el ejercicio profesional y que tiene su origen en la prestación de un servicio a la población. (Velandia, 1995, b), (Velandia, 1997, c).

El **ser** se refiere a nuestro *ethos*, a su indagación filosófica, al humanismo que tiende a la comprensión de la sociedad en que vivimos; es la "actitud ante la vida o posición existencial dentro de la cual se debe desenvolver el desarrollo disciplinar y de servicios humanos". (Trujillo, 1986).

El **saber** (conocer) tiene que ver con la claridad teórica y metodológica; con la disciplina, la cual se refiere al "campo científico en el que se investigan determinados aspectos de la realidad con el propósito de generar, utilizar y difundir el conocimiento". (Trujillo, 1986).

El **hacer** (quehacer) es el ejercicio profesional que tiene su origen en la prestación de un servicio a la población. Este desempeño ha venido evolucionando simultáneamente con los componentes teóricos e investigativos que configuran una disciplina en desarrollo.

Un aspecto importante es el hecho de que enfermería tiene tanto aspectos científicos como aspectos afines a las artes; tal vez, por ello, se había considerado como una técnica, pero los esfuerzos que se están haciendo por profundizar en temas como la teoría del conocimiento y en producir teorías y tecnología de enfermería que den solución a los problemas del quehacer diario nos constituyen en una disciplina profesional.

La meta final del desarrollo teórico de enfermería es el desarrollo de teorías que guíen el cuidado de enfermería que se brinda a los pacientes. Varios modelos y conceptualizaciones teóricas hacen referencia a este

aspecto terapéutico dentro de sus desarrollos: el uso de la empatía, la estimulación por tacto (toque terapéutico), el papel (*rol*) suplementario, la manipulación de los estímulos residuales, focales y contextuales.

Al considerar a enfermería como una disciplina profesional, su conocimiento debe orientarse a dar sustento y respuesta a las necesidades de la práctica. Si los conocimientos que genera la disciplina no suplen las necesidades de la práctica, no habrá un desarrollo coherente y que permita la evolución de la profesión. Sin embargo, la disciplina debe gobernar la práctica clínica en lugar de ser definida por ésta. (Donaldson y Crowley, 1978).

Es aquí donde se necesita tanto a la enfermera que crea la teoría como a la que se desempeña brindando directamente atención, ya que cada una desde su ámbito contribuye al desarrollo de enfermería. Como dice Jacobs (1978): “Nadie puede pretender encarnar la totalidad de enfermería: ser practicantes y académicos a la vez, esto sólo se puede lograr colectivamente”.

Ya que el profesional de enfermería se mueve en un campo del conocimiento que le es propio, el cual combina las dimensiones disciplinarias y de prestación de servicios, contextualizadas de acuerdo con una visión humanista de la realidad; esto significa que debemos profundizar en los análisis filosóficos (ontológicos), epistemológicos, metodológicos y de aplicación práctica. (Velandia, 1995, b).

Un aspecto para considerar aquí es la confusión que se ha tenido entre disciplina profesional y práctica profesional, puesto que la *disciplina* hace referencia al conocimiento aplicado en una rama específica del **saber**, y la *práctica* es el desempeño y la técnica, es decir, el **quehacer**.

La práctica soluciona problemas del aquí y el ahora del individuo al cual atiende, mientras que la disciplina entrelaza el pasado, el presente y el futuro mediante un cuerpo de conocimientos que dan argumentos para el desempeño no sólo en el ámbito hospitalario, comunitario, gerencial, educativo e investigativo, sino en cualquier otro donde la enfermera busque desarrollar ese conocimiento.

La competencia profesional va más allá de lo que se requiere para dar cuidado de salud a un individuo, para la preparación de futuras practicantes y la conducción de investigación sistemática. La competencia comprende, por parte del profesional, el entender la sociedad con suficiente amplitud para que pueda colocar la práctica dentro de un contexto social y la necesidad de tener habilidades de liderazgo. (Donaldson y Crowley, 1978).

Aquí es oportuno recordar la diferencia que planteó Gramsci (y que luego desarrolló Foucault) entre profesional e intelectual: el primero es

quien asume una profesión como la forma de ganarse la vida; el segundo es quien mira el mundo *desde su profesión* y se compromete con el desarrollo de la sociedad.

De hecho, la profesión no es algo que la universidad confiere, ser profesional no tiene que ver sólo con las credenciales, ser profesional es aceptar un compromiso y hacerlo de la mejor manera posible para defender los intereses del usuario de nuestros servicios.

Aquí, tal vez, nos ayude la diferenciación entre el *técnico* y el *profesional*, que hizo Marsha Fowler en su intervención en el XII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería (mayo de 1995, Bucaramanga), en esa oportunidad, planteaba ella que el compromiso del técnico es con el cargo que ocupa y el del profesional, lo es con su profesión.

Por ello hoy estamos planteando la necesidad de pasar de la *profesionalización* al *profesionalismo*. Entendemos la profesionalización como “el fenómeno de reconocimiento social a las ocupaciones que han logrado o buscan un estatus profesional” (Rodger, citado por Velandia, 1995, a), y el profesionalismo como una de las formas institucionalizadas de control ocupacional, o como actitudes profesionales o atributos actitudinales, algunos de las cuales serían los siguientes: uso de la organización profesional como principal referente, creer en el servicio público, creer en la autorregulación, poseer un sentido de vocación y tener un sentido de autonomía. (Hall, citado por Velandia, 1995, b).

De tal manera, el profesionalismo tiene más que ver con el concepto de *intelectual* de Gramsci y de Foucault o con las ideas de desempeño laboral motivante, es decir, en el cual se obtengan beneficios psicológicos y no sólo económicos (Yankelovich, citado por Velandia, 1995, b), y menos con indicadores de transformación de una ocupación en profesión aceptada socialmente como tal, aun cuando sus miembros no se sientan realizados a través de su desempeño.

Esto implica también hacer una historia tanto externalista como internalista de nuestra profesión. La perspectiva *externalista* o de *enfoque sociológico* utiliza categorías de la sociología de las profesiones para organizar la información y establecer relaciones, para entender e incluso arriesgar explicaciones sobre las transformaciones que ocurren en el momento dado y en un contexto determinado. La perspectiva *internalista* o *epistemológica* trabaja sobre la construcción de un tipo de saberes y de práctica, analizando los cambios teóricos y metodológicos que sustentan esos saberes y prácticas de una disciplina o profesión. (Velandia, 1997, a).

Algunos autores se han manifestado últimamente al respecto. Obregón (1993) dice:

En América Latina hacer una historia de los conceptos de las diversas ciencias referida a su construcción, y atendiendo a la lógica interna de las teorías, resulta impropio, dadas nuestras condiciones. Esta posición metodológica es lo que los historiadores anglosajones de las ciencias han señalado con el nombre de historia internalista. Tampoco se trata de llegar al extremo de hacer una historia externalista, es decir, una historia que señale el contexto económico, social y político del desarrollo de las ciencias (o de las profesiones), pero que olvide el objeto mismo de la historia social de las ciencias, sin tocar para nada el contenido.

Emilio Quevedo entra a terciar en la discusión, y tratando de dirimir este conflicto (Colciencias, 1993: 220-222) plantea:

Trabajar en el problema de la construcción de un objeto de estudio es comprender el proceso social de la constitución de modelos explicativos de una realidad. Dicho problema tiene que ser abordado por un equipo multidisciplinario y profesional, en el cual el profesional historiador de la disciplina o profesión que va a ser estudiada debe desempeñar un papel central, pero necesariamente apoyado por los profesionales de las ciencias sociales para poder encontrar la coherencia entre cada uno de estos problemas y superar así la polémica entre externalismo e internalismo que tiene bloqueado el futuro de diversas disciplinas. (resaltado nuestro).

Para mí la historia de la *profesionalización* de la enfermería tendría más que ver con el enfoque sociológico o perspectiva externalista, y la historia del profesionalismo de la enfermera se relaciona más con una mirada epistemológica a la evolución de la profesión. (Velandia, 1997, a).

Implicaciones de este nuevo pensamiento

Al analizar la conceptualización moderna de la enfermería, uno se pone de acuerdo con Toulmin cuando dice: "Las ideas regentes en un momento dado del desarrollo de las ciencias sociales en el siglo XX tienden a mostrar más semejanzas con aquéllas aparecidas con uno o dos siglos de anterioridad, que con aquéllas de la generación previamente anterior". (Velandia, 1998, b).

La enfermería, de alguna manera, logró, en medio de vicisitudes, sustentar una concepción integral del objeto de estudio, lo cual le ha permitido capitalizar para la disciplina profesional riqueza y complejidad; sin separar totalmente la teoría de la práctica, y mantener, a pesar de sus detractores, contacto cercano con el *arte de enfermería*.

Esta concepción debe conservarse sin importar cuál sea el soporte filosófico que sustente el desarrollo científico y la investigación; así no habrá dicotomías entre la ciencia y el arte de enfermería, la profesión en sí misma y la disciplina, el hacer y el saber, el cuidado y la curación, la práctica y la teoría, lo subjetivo y lo objetivo, la mente y el cuerpo, lo ontológico y lo epistemológico.

Hoy en día, la forma restringida del enfoque teórico positivista no es compatible con la filosofía de la enfermería, o, al menos, por la que la mayoría de enfermeras abogan. El reduccionismo, la causalidad, el mecanicismo, la miniconcentración y objetividad están en franca contraposición con la conceptualización de enfermería que se caracteriza por la integralidad, el holismo, lo trascendente, lo contextual y lo ecológico con relación al ser humano.

Para muchos autores el fantasma de la visión tradicional ha detenido el avance de la ciencia de enfermería. Como resultado, muchos aspectos holísticos de enfermería se han ignorado porque no son reducibles, cuantificables u objetivos. Los problemas mirados, desde el punto de vista positivista, se reducen a tal punto, que elementos fundamentales del entorno son despreciados y, así, se minimizan factores trascendentales.

La enfermería tolera varios enfoques conceptuales y la apertura de posibilidades de utilización de metodologías cualitativas, generadoras de teoría y de metodologías cuantitativas probadoras de la misma, y esto facilita el avance del desarrollo de la ciencia de enfermería. Es así como las investigadoras de enfermería incursionan por aquellas sendas de la ciencia que aseguren la coherencia y el soporte filosófico adecuado al cuestionamiento científico. (Durán de Villalobos, 1998).

La preocupación por la rigurosidad cuantitativa de los años sesenta y setenta ha dado paso al renacimiento del sentido y la percepción de las experiencias y la aceptación de los diseños alternos de investigación tales como la etnografía, la teoría fundamentada y la fenomenología, entre otros. La investigación sobre enfermería fenomenológica es ejemplo de un tipo de investigación cualitativa, en el cual el proceso de escritura desempeña un papel integral. Para el investigador fenomenológico, la escritura, en sí misma, es investigación.

Una línea importante de avance de la crítica al empiricismo es la recuperación de ese rico instrumental generado principalmente por la antropología, la etnografía y la historia, utilizando las técnicas biográficas de evocación y análisis del discurso.

Breilh considera que esta nueva tendencia en la investigación en salud, frente a las modalidades extensivas de encuesta y cuantificación, es un efecto de la influencia de las ciencias sociales y la consecuente pérdida de la influencia de las *ciencias de la naturaleza*. (Breilh, citado por Velandia, 1997, a).

Por ejemplo, la **nueva historia** de que se habla hoy es entendida como una ampliación del territorio de lo que tradicionalmente hemos llamado historia. Después de conocer los hombres, las estructuras sociales en que viven, cómo producen bienes, de qué manera los distribuyen, a quiénes benefician; tenemos que comprender cómo

fueron vividos esos hechos, la manera de sentirlos que tuvieron esos hombres; así como sus medios materiales, las relaciones entre hombres y cosas, hombres y entornos, hombres y herramientas, hasta penetrar en su vida auténtica, la *cotidianidad*. (Tuñón de Lara, en Velandia, 1997, a).

Indudablemente, aquí tiene cabida la historia de la familia, la historia del barrio, de la vereda, de las personas, de la sexualidad; pero también la historia de la alimentación, de los muebles, del clima, del vestido, etc.

Lo que se puede observar por medio de estas técnicas intensivas son los *patrones de individualización* de las prácticas y concepciones: historias de vida, análisis de la historia y movimientos de los grupos (familias, grupos laborales, vecindario) a los que están ligados los informantes, conformando así una *historia local*.

La exploración de los modelos fundamentales de conocimiento en enfermería: empírico (ciencia), ético (moral), personal (individuo) y estético (arte), ha conformado la conceptualización actual de la enfermería, una profesión vista por la sociedad como crecientemente competente y confiable, con base científica, fuerte tradición moral y una comprensión creciente del poder del conocimiento personal que las enfermeras comparten en el cuidado de sus pacientes. (Carper, citado por Merkle Sorrell, s.f.).

Dentro de esta conceptualización de enfermería, sin embargo, las formas estéticas de conocer son reflejadas sólo en forma tenue. La literatura reconoce la importancia del *arte de la enfermería*, lo mismo que de la ciencia de enfermería; pero se ha escrito mucho más acerca de la *ciencia del hacerlo bien* que de la búsqueda de nuevas comprensiones a través de formas estéticas del conocimiento.

El conocimiento estético se identifica a menudo con el arte de la enfermería. Incorpora un modelo único de comportamiento que ofrece enriquecimiento a nuestra comprensión de la experiencia de enfermería, que no es accesible por otras formas de conocimiento.

El proceso de escribir nos ayuda a recuperar importantes experiencias subjetivas en enfermería mientras reflexionamos intuitivamente en estas experiencias, creando introspecciones e interpretaciones que promueven formas estéticas de conocimiento.

Una revisión global de investigación en composición indica que durante muchos años el enfoque fundamental se dio sobre el producto escrito más que sobre el proceso. El enfoque sobre **el proceso mismo de la escritura** ha llevado a nuevas comprensiones acerca de cómo la escritura puede mejorar el descubrimiento del conocimiento.

Se puede utilizar gran variedad de formas de escritura expresiva y poesía para producir modelos estéticos de conocimiento en enfermería, incluyendo la narrativa, los periódicos, las cartas, la ficción y la poesía.

Proust utilizaba la narrativa para formar conocimiento estético a través de su recuerdo. En la enfermería y en otras disciplinas la narrativa está recibiendo un énfasis creciente como modo de investigación de reflexiones sobre experiencias del pasado.

La aproximación fenomenológica a la entrevista, en la cual se pide a los participantes relatar un incidente crítico de su vida o una forma ejemplar de su práctica de enfermería, puede evocar profundas experiencias. Sin embargo, aunque la mayor parte de la literatura en enfermería trata la narrativa oral, el uso de la narrativa escrita ofrece el único puente para la reflexión sobre el pasado.

La escritura narrativa no es sólo un método literario para hacer más dramático o interesante un texto; la narrativa, en sí misma, es un ejemplo de teorización práctica y funciona como un caso de reflexión experimental.

La naturaleza personal de la escritura periodística ofrece una rica fuente al conocimiento estético, por cuanto, el escritor recupera y forma experiencias pasadas por medio de la reflexión. Fenomenologistas como Husserl y Heidegger conformaron su conocimiento fenomenológico sobre el tiempo por medio de los registros del Diario de San Agustín.

Cartas escritas a los amigos, a familiares o a audiencias hipotéticas (los trabajos de Isabel Allende son un ejemplo de este tipo de escritura) pueden utilizarse para promover conocimiento estético en enfermería. Por ejemplo, escribir una carta a una enfermera del siglo XIX (o del XXI) estimula al escritor a imaginar los espectáculos y sonidos de la enfermería de esa época. La validación empírica de la *verdad* carece de sentido en el conocimiento estético. Más que verdad el escritor (o el lector) busca el sentido o la comprensión de la experiencia escrita. La ficción es una forma de escritura excitante para que las enfermeras la exploren.

Las narraciones de las enfermeras, al reflexionar sobre algún incidente importante de su práctica de enfermería, reflejan un conocimiento especial que no proviene del intelecto, sino de los sentidos. La cualidad estética del conocimiento de esas enfermeras es evidente en la forma como han integrado sus percepciones de la experiencia, reuniendo detalles dispersos en un todo, ayudando al lector a experimentar con el escritor el poder del conocimiento estético.

Requiere sólo un momento notar que la mayoría de escritos de los médicos, de las enfermeras, de los educadores y de los investigadores son de tipo transaccional o de trabajo, es decir, escrita para informar, persuadir o instruir a una audiencia. La mayoría de nosotros, tanto de

niños como de adultos, no hay duda, hemos tenido una carencia de exposición a este tipo de escritos, y la escritura expresiva y poética no son parte integral de nuestra vida profesional porque tampoco lo fueron de nuestra formación profesional. Y aun cuando a veces sí lo fueron de la educación secundaria, se quedaron perdidas en la memoria como experiencias juveniles o pecados literarios.

El deseo de construir una fuerte base científica de conocimiento en enfermería no tiene por qué oscurecer los apuntalamientos estéticos más elusivos. El proceso escrito ofrece un medio valioso para el conocimiento estético, mientras la mano, el ojo y el cerebro juntos crean sentidos: “Para la mayoría de los escritores el acto de trazar palabras sobre el papel no es el registro del descubrimiento, sino el acto de exploración en sí. (Merkle Sorrell, s.f.).

Y sabemos que, con frecuencia, puede resultar más valioso el *proceso* que el mismo resultado.

Reflexiones finales

— Con demasiada frecuencia se escuchan protestas sobre la baja imagen social de la enfermera; yo, desde hace más diez años, tal vez desde cuando me adentré de manera sistemática en el análisis sociohistórico de la profesión de enfermería, vengo planteando que hay necesidad de partir del hecho de tener una buena autoimagen.

Curtin (1982) habla de un **balance decente**. Yo, después de diez años de investigación permanente sobre nuestra historia, tengo la misma impresión acerca de la profesión. Hay muchos indicadores de profesionalización (si eso es lo que nos interesa) que sería dispendioso mencionar: formación académica, asociaciones, publicaciones, reglamentación.

Habla también ella de una **tradicción orgullosa**. De ello hablan las enfermeras de todo el mundo que han descollado en el ámbito nacional e internacional por su práctica altamente profesional, sus cargos en organizaciones gremiales, en instituciones de salud, de educación y, en general, relacionadas con el bienestar de las personas.

Realmente, quisiera oír hablar menos de los problemas de la enfermería y más de sus bondades... y lo mismo esperan nuestros estudiantes.

— Por otra parte, me parece que el circunscribir el quehacer profesional a las cuatro áreas de desempeño que tradicionalmente hemos considerado: asistencia, administración, docencia e investigación; reduce el campo de acción de los profesionales de enfermería, es decir, limita su quehacer, y de esta manera va en contra

de uno de los principios para el desarrollo profesional, la pluralidad de funciones. (Restrepo, 1982).

En mi concepto, la enfermera tiene responsabilidades en tres campos de acción unidos en forma inextricable: su ejercicio profesional como en enfermera (así, grande, sin cortapisas), su condición de trabajador de la salud y sus deberes y derechos como ciudadano. (Velandia, 1985), (Velandia, 1995, b).

Yo considero, además, que para comprometerse con la profesión la enfermera no puede quedarse en el marco estrecho de su *quehacer profesional*, de su área de desempeño, de las funciones que cumple; sino que necesariamente tiene que ir más allá; su compromiso no podrá ser sólo con su grupo profesional, sino también con el usuario y, en general, con el país. (Velandia, 1985).

— Tenemos que dejar nuestro afán compulsivo por demostrar que somos ciencia. Esto ha hecho menospreciar nuestra condición de *profesionales*, que es donde radica nuestra fortaleza, y, por lo tanto, nuestra identidad.

Esto implica otra perspectiva de análisis de la profesión, el *profesionalismo*. El profesionalismo tiene más que ver con el concepto de *intelectual* de Gramsci y Foucault, o con las ideas sobre el desempeño laboral de Yankelovich, y menos con indicadores de transformación de una ocupación en profesión.

Vale decir, trabajar más por nosotros mismos, por nuestra satisfacción personal y la de los usuarios de nuestros servicios; preocuparnos más por la calidad del cuidado que brindamos que por el estatus de la profesión, *él vendrá como un efecto de nuestro profesionalismo*. (Velandia, 1997, d).

Bibliografía

BENNER, Patricia, *Práctica progresiva en enfermería*, Barcelona, Grijalbo, Colección Enfermería y Sociedad, 1987.

BUNGE, Mario, *Seudociencia e ideología*, Madrid, Alianza 1985.

CAPRA, Fritjof, *El punto crucial: ciencia, sociedad y cultura naciente*, Barcelona, Rutas del Viento, 1987.

CASTRILLÓN, María Consuelo, *La dimensión social de la práctica de enfermería*, Medellín, Universidad de Antioquia, Yuluka - Enfermería, 1987.

CURTIN, Leah L., "La autoimagen de la enfermera", en: ANEC. Fundamentos conceptuales de la profesión de enfermería. Folleto No. 2: Enfermería como profesión, Bogotá, 1986, p. 48-50.

- CHOMPRÉ, Rosení. *"Innovaciones en la formación de profesionales de enfermería."* Conferencia en el Seminario *Tendencias de la Educación de Enfermería*. Bogotá: ICFES - ACOFAEN, feb. 1997.
- DONALDSON, Sue K. y CROWLEY, Dorothy M., *"La disciplina de enfermería"*, en: *Nursing Outlook*, Feb 1978, 26 (2) 113 - 120. Trad. de Edilma de Reales.
- DURÁN DE VILLALOBOS, María Mercedes, *Enfermería: Desarrollo teórico e Investigativo*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1998.
- EHRENREICH, Bárbara y ENGLISH, Deirdre, *"Brujas, comadronas y enfermeras"*, en: *Enfermedad y sociedad*, Medellín, Hombre Nuevo, 1979, p. 148-171.
- HERNÁNDEZ CONESA, Juana, *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*, Madrid, Interamericana McGraw-Hill, 1985.
- JACOBS, Maeona K. y HEUTER, Sue E., *"Ciencia de enfermería: enlace de teoría - práctica"*, en: *Avances en la Ciencia de Enfermería*, 1978.
- MERKLE SORRELL, Jeanne, *Recuerdo de cosas pasadas a través de la escritura: modelos estéticos del conocimiento en enfermería*, s.p.i.
- PARSONS, Talcott, *"Profesiones liberales"*, en: *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales*, Vol. 8. Madrid: Aguilar, 1976, p. 538-547.
- QUEVEDO, Emilio. *Historia Social de las Ciencias en Colombia. Tomo I: Fundamentos Teórico - Metodológicos*, Bogotá, Colciencias, 1993.
- RESTREPO FORERO, Gabriel, *"Profesiones y estructura social"*, ANEC No. 35-36, Bogotá, enero-junio, 1982, p. 14-28.
- TRUJILLO R., Alicia. *"Reflexiones sobre la identidad del terapeuta ocupacional"*, Ponencia presentada ante el V Congreso Colombiano de Terapia Ocupacional, septiembre de 1986.
- VELANDIA, Ana Luisa. *"Tres campos de acción de la enfermera: como profesional, como trabajadora y como ciudadana"*, ANEC No. 44, Bogotá, julio-diciembre, 1985, p. 22-23.
- _____, *"Las ciencias biológicas y sociales en la formación de los profesionales de la salud."* Panelista en la Semana Universitaria, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, septiembre 22 de 1989.
- _____, *"La formación de los profesionales de la salud orientada hacia el sujeto de atención y no hacia su problema médico"*, Ponencia aceptada para ser presentada en el 6º. Congreso Latinoamericano y 8º. Mundial de Medicina Social. México: Universidad de Guadalajara, 1995, a).

- _____, *"Análisis crítico de las áreas de desempeño del profesional de enfermería"*, en: RED, Red de Enfermería de América Latina. Bogotá, diciembre de 1995, b), p. 2-7.
- _____, y DÍAZ, Luz Patricia, *"Evolución histórica y estado actual de la enfermería a nivel mundial, como profesión y como disciplina"*, trabajo dentro de la asignatura del Programa de Maestría: Teorías y modelos en enfermería. Bogotá, octubre de 1996.
- _____, *Investigación histórica en enfermería*, Conferencia central en el Taller "Investigación sobre Historia de la Enfermería", dentro de Precoloquio organizado como parte de la programación general del XIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería. Medellín, mayo 14 a 16 de 1997, a).
- _____, *"Tendencias y perspectivas de la enfermería colombiana"*, Conferencista invitada al Simposio *Paradigmas Básicos de Enfermería*. Táriba (Venezuela), julio de 1997, b).
- _____, *"Reflexión teórica y prospectiva del pensar de enfermería"*, Ponente central invitada al X Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería. Bucaramanga, agosto 15 a 18 de 1997, c).
- _____, *"Análisis prospectivo de la enfermería colombiana frente a las nuevas tendencias en salud y educación en América Latina"*, Intervención como invitada a la Reunión del Grupo de Consulta para desarrollar un Plan de Enfermería para 1998 -2002. Washington, octubre 1 a 3 de 1997, d).
- _____, *"El pensamiento de enfermería y su influencia en las nuevas tendencias en investigación en salud"*, Participación en un Panel dentro de la Cátedra Manuel Ancízar de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, octubre de 1997.
- _____, Presentación del libro: *Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo*, de María Mercedes de Villalobos. Bogotá, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, septiembre de 1998, b).
- _____, *"Futuro e identidad de enfermería con base en el cuidado-Una historia prospectiva del cuidado de enfermería en Colombia"*. Cuidado de enfermería, Bogotá, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 1988.
- _____, *"Historia de la enfermería en Colombia"*, Bogotá, Universidad Nacional.