

Solidaridad y ciencia. Reflexiones en el contexto del cuidado de enfermería como interacción comunicativa¹

María Claudia Duque-Páramo²

1 Artículo de investigación surgido de una de las ponencias centrales de la Mesa Redonda sobre Solidaridad y Ciencia del XII Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, realizado en Florianópolis, Brasil, del 29 de agosto al 2 de septiembre del 2010. Recibido para evaluación: 29 de agosto de 2011. Revisado: 31 de agosto a 10 de septiembre de 2011. Aprobado para publicación: 14 de septiembre de 2011.

2 Enfermera. Especialista en Enfermería Pediátrica. Magistra en Psicología Comunitaria. Doctora en Antropología. Profesora titular de la Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: mcduque@javeriana.edu.co.

Resumen

A la luz de la relación entre ciencia y solidaridad en el contexto de enfermería, se afirma que el saber científico y la investigación deben tener como una de sus intenciones primordiales el propiciar la integración social y la solidaridad. Con este fin, se plantea una reflexión conceptual y de experiencias en cinco momentos. En el primero se retoma un concepto de cuidado de enfermería, entendido como interacción y coordinación de acciones con las personas con quienes trabajamos, a fin de resaltar un tipo de cuidado de enfermería orientado a la integración social. En el segundo se reconstruyen los conceptos de solidaridad e integración social, propuestos por Jürgen Habermas. En el tercero, asumiendo que la diversidad y el poder son fuerzas que afectan la solidaridad y la integración social, se analiza la estrecha relación entre verdad y poder, a partir de Michel Foucault, y se resalta el papel de intérpretes de la diversidad de la antropología médica y la enfermería transcultural. En la siguiente parte, se narran algunas experiencias sobre el trabajo de investigación e intervención que viene realizándose con niñas y niños que viven migración parental en Colombia, las cuales articulan los elementos discutidos en los momentos anteriores. Finalmente, se plantean algunas ideas sobre cómo nuestro quehacer investigativo puede y debe contribuir a la solidaridad y a la integración social.

PALABRAS CLAVE: poder, teoría de enfermería, atención de enfermería, investigación en enfermería, enfermería transcultural.

CITAR COMO: Duque M. Solidaridad y ciencia. Reflexiones en el contexto del cuidado de enfermería como interacción comunicativa. *Investig Enferm. Imagen Desarro.* 2011, 13(2):101-112.

Solidarity and Science. Reflections in the Context of the Nursing Care as Communicative Interaction

Abstract

In the context of the relationship between science and solidarity in nursing, I affirm that solidarity and social integration should be main purposes of scientific knowledge and research. To this end, I develop a reflection about concepts and experiences in five parts. In the first, I propose a concept of nursing care understood as interaction and coordination of actions with the people with whom we work; this in order to highlight a nursing care aimed at social integration. Then, I reconstruct the concepts of social solidarity and social integration proposed by Jürgen Habermas. Then, assuming that diversity and power are forces that affect solidarity and social integration, I analyze the close relationship between truth and power from Michel Foucault and highlight the role that medical anthropology and transcultural nursing have played as interpreters of the diversity. In the next part, I narrate some experience son research and intervention that we have been doing with children experiencing parental migration in Colombia which articulate the elements discussed in the previous parts. Finally, I raise some ideas on how I think our research can and should contribute to solidarity and social integration.

KEY WORDS: Power, nursing theory, nursing care, nursing research, transcultural nursing.

Solidariedade e ciência. Reflexões no contexto do cuidado de enfermagem como interação comunicativa

Resumo

À luz da relação entre ciência e solidariedade no contexto da enfermagem, afirma-se que o conhecimento científico e a investigação devem ter como uma de suas principais intenções a promoção da integração social e solidariedade. Para esse fim propõe-se uma reflexão conceitual e experiências em cinco etapas. Na primeira, acolhe-se o conceito de enfermagem, entendida como a interação e coordenação de atividades com pessoas com quem trabalhou, para destacar um tipo de cuidados de enfermagem que visam à integração social. Em seguida, reconstruem-se os conceitos de solidariedade e integração social propostos por Jürgen Habermas. Então, assumindo que a diversidade e poder são as forças que afetam a solidariedade e integração social, é discutida a relação estreita entre a verdade e o poder de Michel Foucault e o destaque do papel de intérpretes da diversidade da antropologia médica e de enfermagem transcultural. Na próxima parte, narram-se algumas experiências em pesquisa e intervenção no trabalho feito com crianças vítimas de migração dos pais na Colômbia, que articulou os elementos discutidos nos momentos anteriores. Finalmente, levantam-se algumas idéias sobre como o trabalho de pesquisa pode e deve contribuir para a solidariedade e integração social.

PALAVRAS CHAVE: poder, teoria de enfermagem, cuidados de enfermagem, pesquisa em enfermagem, enfermagem transcultural.

Porque somos más libres de lo que creemos, y no porque estemos menos determinados, sino porque hay muchas cosas con las que aún podemos romper —para hacer de la libertad un problema estratégico, para crear libertad. Para liberarnos de nosotros mismos.
Miguel Morey (1)

Introducción

Las preguntas sobre el sentido y la utilidad de la investigación y del saber científico han adquirido creciente relevancia en la práctica investigativa y en el diseño de acciones y políticas sociales. En este sentido, la reflexión sobre el vínculo entre solidaridad y ciencia es relevante para la enfermería como disciplina interesada en el cuidado y bienestar de las personas. Con este fin, presento un análisis sobre cómo pienso que la ciencia y la investigación pueden contribuir a la solidaridad y la integración social, la cual integra conceptos y experiencias de la práctica de investigación, organizadas en cinco partes. En la primera retomo un concepto de *cuidado de enfermería*, entendido como interacción y que hace hincapié en la comunicación y la coordinación de acciones con las personas con quienes trabajamos. En la segunda reconstruyo los conceptos de *solidaridad* e *integración social*, propuestos por Jürgen Habermas, y que afirman que antes de la objetividad del saber está la intersubjetividad del comprender. En la tercera, a partir de Michel Foucault, traigo a un primer plano la estrecha relación existente entre verdad y poder y afirmo el papel que desempeñan la antropología médica y la enfermería transcultural en el reconocimiento y la comprensión de los diversos saberes y prácticas de salud. En la cuarta parte narro algunas experiencias sobre el trabajo realizado con niñas y niños que viven migración parental en Colombia y que articula los elementos planteados hasta el momento y vincula investigaciones e intervenciones participativas, trabajo en redes, trabajo con medios de comunicación y apoyo al diseño de políticas y programas. Finalmente, en el contexto de los conceptos y las experiencias, planteo algunas reflexiones y caminos sobre cómo creo que nuestro quehacer investigativo puede y debe contribuir a la solidaridad y la integración social.

El cuidado de enfermería: interacciones orientadas al entendimiento

Así como la acción social de los profesionales de enfermería puede entenderse de diversas maneras y ha sido abordada desde diferentes

enfoques y perspectivas teóricas (2), en la actualidad es ampliamente aceptado que el *cuidado* es un concepto central en la definición de nuestro campo disciplinar y de nuestro quehacer cotidiano. En general, también se acepta que el cuidado va más allá de las acciones instrumentales y que contempla dimensiones comunicativas, sociales, culturales y espirituales.

Al retomar algunos elementos de la teoría de la acción comunicativa (TAC) (3), propuse hace algunos años un concepto de *cuidado de enfermería*, entendido como coordinación comunicativa de acciones. En este sentido, la interacción es el elemento que define la acción y las intencionalidades de enfermeras y enfermeros. El propósito central del cuidado de enfermería es buscar, de manera conjunta con las personas con quienes trabajamos, caminos, estrategias y acciones que contribuyan a la curación o manejo de sus enfermedades y a promover y restaurar su salud y bienestar (4).

Así mismo, hemos venido afirmando que el cuidado de enfermería y las acciones que realizamos serán relevantes en la medida en que respondan a las necesidades y problemas de salud de las personas y comunidades con las que trabajamos, lo cual significa que ellas y ellos sean copartícipes y actores en el cuidado de enfermería (5,6). Es decir, retomando caminos de tradiciones crítico-sociales basadas en el diálogo y la participación, como la investigación-acción participativa (IAP) (7) y la pedagogía del oprimido (8), me inclino por una enfermería que, como lo diría Habermas (3):

[...] reconoce en la mujer, el anciano, la niña, el hombre o el niño a interlocutores igualmente válidos, competentes y conocedores de sus propias realidades. Abogo por una enfermería que reconozca en todas las personas a sujetos que se encuentran, al mismo tiempo, determinados y, en ocasiones, constreñidos por condiciones sociales, culturales, políticas y económicas; pero también con competencias y capacidad de transformar sus vidas. (6)

Solidaridad e integración social: una perspectiva desde Habermas

En el interludio segundo de la TAC (3), Habermas plantea que la *acción comunicativa* es un medio de entendimiento que se sustenta en un proceso cooperativo e intersubjetivo de interpretación, en el que los participantes-hablaantes y oyentes definen una situación común y persiguen llegar a un acuerdo consensuado de sus planes de acción.

Bogotá (Colombia), 13 (2): 101-112, julio-diciembre de 2011

En este sentido, la acción comunicativa en una situación dada incluye un aspecto teleológico y un aspecto comunicativo. El teleológico se refiere a la ejecución de planes de acción, y el comunicativo, a la interpretación común de la situación y la construcción de acuerdos basados en esa interpretación.

Por otra parte, la *acción instrumental* se orienta no al entendimiento sino al éxito; es decir, para el actor que la ejerce, los otros no son personas con quienes interactuar y coordinar acciones, sino medios que le sirven para realizar sus propios fines y planes de acción definidos (9). En este sentido, la acción instrumental aísla a quien la ejerce de su entorno y no promueve la integración social ni la solidaridad. Un ejemplo de la acción instrumental es la educación en salud, orientada a que las personas cambien sus conocimientos y prácticas a partir de fines previamente definidos por los saberes clínicos y epidemiológicos.

A diferencia de la acción instrumental, cuyo propósito es lograr finalidades previamente definidas por una de las partes implicadas, la acción comunicativa se orienta al entendimiento, a la búsqueda de sentidos comunes, a la construcción comunicativa de acuerdos y a la coordinación de acciones de los diversos actores implicados. En este sentido, los participantes logran solidaridad e integración social como resultado de entenderse entre sí sobre una situación particular, de tomar parte en interacciones hacia la búsqueda de consensos y de coordinar sus acciones. Es decir, la solidaridad es el resultado y se renueva mediante acciones comunicativas en las que los participantes —al usar sus competencias lingüísticas— se apropian y renuevan las tradiciones culturales, ratifican y construyen su pertenencia a grupos sociales, al mismo tiempo que interiorizan sus valores y aprenden capacidades de acción.

En este contexto, la acción comunicativa aplicada al cuidado de enfermería supone asumir que las personas con quienes trabajamos son sujetos capaces de lenguaje y acción con quienes buscamos construir acuerdos y consensos mediante procesos comunicativos. Así mismo, supone que los saberes científicos que construimos a través de los procesos investigativos incluyan las diversas voces de los actores sociales en la definición de situaciones y en el diseño y ejecución de planes de acción.

Sin embargo, cuando la perspectiva habermasiana se enfrenta a la realidad de los diferenciales de poder, la hegemonía de ciertos saberes y el papel del poder en la construcción de la diversidad cultural de los sistemas de salud, ésta no es suficiente y es necesario acudir a otras miradas y conceptos.

Verdad y poder: una crítica desde Foucault y un camino desde la antropología médica y la enfermería transcultural

A lo largo de sus diversas investigaciones sobre la clínica, la locura, la sexualidad, la prisión y los saberes, Foucault mantuvo un interés central alrededor de preguntas sobre ¿cómo es que nos hemos constituido los sujetos?, ¿qué papel desempeña la verdad y cuáles son los medios utilizados para controlar los cuerpos y disciplinar, vigilar y castigar a los sujetos?, y ¿cómo es que han funcionado en las sociedades los mecanismos de control que hemos *introyectado* y gobiernan nuestras vidas? (10-17).

Aunque en una entrevista hacia el final de su vida, Foucault afirmaba que su problema de interés había sido la *verdad* (18), el *poder* es un concepto también presente e íntimamente relacionado en sus investigaciones. El poder no lo entiende como una fuerza maligna cuya finalidad sea la represión, sino como una “red productiva que pasa por todo el cuerpo social” (19). Es decir, el poder no está concentrado ni quieto en los individuos, sino que circula y funciona a través de organizaciones en forma de redes. En este sentido, no hay unos individuos que siempre ejercen el poder y otros que lo padecen, sino que todos están en situación de “sufrir o ejercitar ese poder” (20). A diferencia del concepto de *verdad objetivista*, que promulgan algunos creyentes en una ciencia aséptica, para Foucault la verdad está situada histórica y espacialmente y se produce en el poder gracias a múltiples coacciones:

Cada sociedad tiene su régimen de verdad, su “política general” de la verdad: es decir, los tipos de discurso que acoge y hace funcionar como verdaderos o falsos, el modo como se sancionan unos y otros; las técnicas y los procedimientos que están valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de quiénes están a cargo de decir lo que funciona como verdadero. (19)

Así, la verdad está en la base y sustenta el poder, y el poder produce y crea verdades. En las sociedades, diferentes actores —como las familias, los padres, los pedagogos, los médicos y las enfermeras— desempeñan el papel de agentes de poder y verdad (20). La clínica, entendida como un saber especializado que localiza la enfermedad en el cuerpo del enfermo (10), se ha constituido en un medio por medio del cual la medicina controla los cuerpos, los disciplina y construye subjetividades. En este contexto, Foucault define la *medicalización* como un fenómeno en el que la medicina ha ido ampliando su campo de acción: de ser un saber

Bogotá (Colombia), 13 (2): 101-112, julio-diciembre de 2011

especializado en la enfermedad, a un saber sobre la salud que vigila y excluye, rige y controla los cuerpos y las vidas de las personas (21).

Un último concepto, relevante para esta argumentación, es el de *tecnologías del yo*. Según Foucault, estas “permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad” (22).

Una mirada a prácticas cotidianas en el campo de la enfermería, como la educación en salud, nos permite reconocer que muchas de las intervenciones que realizamos se constituyen en tecnologías del yo, es decir, son mecanismos de control y vigilancia orientados a que los individuos *introyecten* ciertos saberes y prácticas con el fin de alcanzar la salud. Esto con el presupuesto de que las indicaciones que les damos son científicas. Es decir, se asume que la ciencia es un saber de mejor categoría, al cual hay que obedecer.

Sin embargo, la antropología médica y la enfermería transcultural nos han enseñado que la clínica y la biomedicina, lo mismo que las medicinas tradicionales y otros saberes médicos son *constructos* culturales, históricos y situados espacialmente. Es decir, hay diversidad de medicinas y de enfermerías. La ciencia y el método científico son constructos culturales que, al mismo tiempo que han contribuido a solucionar problemas de salud, también los han utilizado ciertos grupos y organizaciones sociales como medios para controlar y excluir. En este sentido, la pretensión de la ciencia y de la biomedicina de excluir a los saberes que no se consideran científicos es una práctica hegemónica que bien vale la pena cuestionar.

Aplicaciones en el contexto del trabajo con niñas y niños colombianos que viven migración parental

En esta parte retomo los elementos planteados a partir de Habermas, Foucault, la antropología médica y la enfermería transcultural, y los integro en una propuesta sobre la práctica y la investigación en enfermería, que articula el cuidado de enfermería —entendido como interacción y coordinación de acciones que propician solidaridad e integración social— con una práctica investigativa orientada a narrar la diversidad de saberes, experiencias y prácticas en el cuidado de la salud; pero que no se queda allí, sino que también busca cuestionar, develar y

movilizar las prácticas de poder que constituyen dichas diversidades y que constituyen las inequidades y las injusticias.

La migración parental (MP) se define como una situación en la cual la madre, el padre o ambos migran y dejan a uno o más hijos a cargo del otro progenitor, un familiar u otros cuidadores. Como sucede en otros países, asociada con la globalización y la feminización de las migraciones internacionales, en Colombia la MP ha venido en aumento en los últimos años y ha empezado a llamar la atención de autoridades, académicos, medios de comunicación y sociedad en general. Sin embargo, este mayor interés es expresado por ciertos sectores de la sociedad en forma de discriminación y exclusión: algunos juzgan a las madres migrantes como personas irresponsables que abandonan a sus hijos, y las niñas y niños que reciben remesas son representados como niños perezosos, malcriados, problemáticos o delincuentes. Así mismo, son escasas las investigaciones sobre las experiencias de los niños que viven MP y sobre sus problemas de salud. En este contexto, profesores y estudiantes, hemos venido trabajando en diversos frentes:

1. Realizando investigaciones cualitativas, mixtas y participativas sobre las experiencias y la situación de salud de niñas, niños y jóvenes en situación de MP y que viven diferentes tipos de migraciones.
2. Remitiendo a los servicios de salud a los participantes en las investigaciones en quienes identificamos problemas de salud. Estas acciones las realizamos de manera coordinada con las niñas y niños y con sus cuidadores.
3. Liderando y participando en redes de investigadores nacionales e internacionales sobre migraciones y niñez.
4. Coordinando y participando en eventos, locales, regionales, nacionales e internacionales sobre migraciones, niñez y familia.
5. Sensibilizando a la sociedad en general sobre la MP y sobre la realidad de los niños y sus familias, a través de medios de comunicación y del diseño de materiales educativos.
6. Trabajando de manera coordinada con medios de comunicación y participando en programas de radio y medios escritos.
7. Promoviendo la inclusión de la niñez y las familias como temas centrales de las políticas y programas locales, regionales y nacionales.
8. Planeando el diseño de otras investigaciones y acciones participativas con niñas, niños y jóvenes que viven MP, a fin de construir con ellos intervenciones que alivien sus dolores, angustias y problemas de salud. Así mismo, trabajamos con el propósito de que ellas y ellos sean reconocidos y puedan ejercer con libertad su papel como

actores en la construcción de sus personalidades y realidades culturales compartidas.

A manera de conclusión: investigaciones e intervenciones que promuevan la solidaridad

De manera similar a lo que sucede en el campo de la medicina, hay una tendencia en la investigación en enfermería a centrarse en la construcción de evidencia científica que sustente la práctica (23-25). En tanto ese no sea el único interés posible y válido, considero que es una tarea importante y valiosa. Sin embargo, como lo venido argumentando, nuestro quehacer investigativo y práctico debe preocuparse también por cuestionar los diferenciales de poder y las inequidades y por promover la solidaridad y la integración social.

En este sentido, y a manera de conclusión, planteo cuatro propuestas en las que integro las reflexiones sobre conceptos y experiencias:

1. Promover el entendimiento intersubjetivo, mediante investigaciones participativas que permitan conocer las realidades de las personas con quienes trabajamos. Es decir, además de estudios sobre los aspectos objetivos de la salud y la enfermedad, es necesario que realicemos investigaciones orientadas a comprender las diferentes versiones de los diversos actores sociales.
2. Reconocer las inequidades, los diferenciales de poder y las formas de exclusión y discriminación como determinantes de la salud. Estos fines se pueden realizar mediante investigaciones e intervenciones que desenmascaren y saquen a la luz las inequidades y las exclusiones por edad, género, etnia, clase social o procedencia rural. Así mismo, llevar a cabo estudios orientados a reconocer la diversidad de saberes y prácticas en el cuidado de la salud en los que sea posible reconocer las inequidades.
3. Desarrollar planes de acción y proyectos participativos diseñados de manera conjunta con las personas con quienes trabajamos en los hospitales, clínicas y ámbitos comunitarios. Es decir, promover el desarrollo de *asociaciones*, *partnerships* o *parcerías*.
4. Reconocer y asumir el poder que tenemos como profesionales de enfermería, por medio de acciones de abogacía a favor de las personas con quienes realizamos investigaciones, acompañándolos en sus luchas y promoviendo el diseño de políticas y programas que favorezcan sus intereses y necesidades.

A diferencia de lo que se decía hace unas décadas, la ciencia no puede seguir siendo un bien para unos pocos privilegiados o algo aséptico y alejado de la realidad de las personas comunes y corrientes. Comparados con la mayoría de las personas en los países de América Latina, quienes tenemos una profesión, somos privilegiados por el acceso que hemos tenido a niveles altos de educación y también de ingresos. Confío en que mediante las reflexiones propuestas haya dejado inquietudes o ideas sobre algunos caminos posibles para contribuir a la solidaridad en nuestros ámbitos de trabajo.

Agradecimientos

Gracias a Esperanza Peña, colega y amiga, por sus comentarios, preguntas y aportes a la ponencia original.

Referencias

1. Morey M. Introducción. La cuestión del método. En: Foucault M. Tecnologías del yo. Barcelona: Paidós; 1990. p. 9-44.
2. Marriner-Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 5a ed. Madrid: Elsevier; 2003.
3. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus; 1989.
4. Duque Páramo MC. La dimensión cultural del cuidado de enfermería. Documento procedente del XIV Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería; Abril; Tunja; 1999. p. 14.
5. Duque Páramo MC. Enfermería colombiana: encuentros, desencuentros y posibilidades en el campo de la salud colectiva. Revista Enfermería Universitaria. 2006;3(2):40-8.
6. Duque-Páramo MC. Las personas como agentes y actores en el cuidado de enfermería: reflexiones a partir de investigaciones con niñas y niños colombianos. Documento procedente del XVIII Coloquio Nacional de Investigación en Enfermería; ACOFAEN; 2007.
7. Fals Borda O. Participación popular: retos del futuro. Bogotá: ICFES-IEPRI-Colciencias; 1998.
8. Freire P. Pedagogía del oprimido. 1a ed. Bogotá: Siglo XXI Editores; 1970.
9. Habermas J. Observaciones sobre el concepto de acción comunicativa. En: Habermas J. Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos. Madrid: Cátedra; 1989. p. 479-507.
10. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Bogotá: Siglo XXI de Colombia; 1986.
11. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
12. Foucault M. La arqueología del saber. México: Siglo XXI; 1988.

13. Foucault M. Historia de la sexualidad. 1: La voluntad de pensar. México: Siglo XXI; 1986.
14. Foucault M. Historia de la sexualidad. 2: El uso de los placeres. México: Siglo XXI; 1988.
15. Foucault M. Historia de la sexualidad. 3: La inquietud de sí. México: Siglo XXI; 1987.
16. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. México: Siglo XXI; 1989.
17. Foucault M. Un diálogo sobre el poder. Madrid: Alianza; 1988.
18. Henry-Levy B. No al sexo rey. En: Foucault M. Un diálogo sobre el poder. Madrid: Alianza; 1988. p. 146-64.
19. Fontana M. Verdad y poder. En: Foucault M. Un diálogo sobre el poder. Madrid: Alianza; 1988. p. 128-45.
20. Foucault M. Curso del 14 de enero de 1976. En: Foucault M. Microfísica del poder: genealogía del poder. Madrid: La Piqueta; 1992. p. 139-52.
21. Foucault M. Historia de la medicalización. Educación Médica y Salud. 1977;11(1):3-25.
22. Foucault M. Tecnologías del yo. Barcelona: Paidós; 1990.
23. Sullivan-Marx EM. Directions for the development of nursing knowledge. Policy Polit Nurs Pract. 2006 Aug;7(3):164-8.
24. Hallberg IR. Challenges for future nursing research: Providing evidence for health-care practice. Int J Nurs Stud. 2006;43(8):9-23.
25. Castledine G. Research is the key to ensuring that innovations in nursing practice are recognised. J Res Nurs. 2004;9(5):346-7.