

Universidad Nacional de Santiago del Estero  
Facultad de Humanidades, Cs Sociales y de la Salud  
Carrera de Licenciatura en Enfermería  
Curso de Ingreso 2011

### Propósitos

Lograr con los alumnos ingresantes:

- Un adecuado y eficaz acercamiento hacia el conocimiento de los contenidos disciplinares específicos del área de enfermería.
- Un aprendizaje significativo acerca de los factores que influyeron en la evolución y configuración de la enfermería como profesión, concepto, rol y funciones.
- El desarrollo de capacidades básicas y necesarias para su óptima permanencia en el ámbito universitario.
- El manejo y disposición del uso de herramientas teóricas del área de enfermería.
- Alcanzar conocimientos básicos y de utilidad referidos a la biología.
- El reconocimiento reflexivo acerca de la importancia del concepto del ser humano como destinatario de los cuidados de enfermería.

## **Contenidos:**

### **Eje Temático 1:**

- ♦ Configuración y evolución de la enfermería como profesión:
  - el origen de la enfermería
  - aspectos que han influido en la configuración y evolución de la enfermería: generales y de la profesión.
  
- ♦ Institucionalización de la enfermería como profesión
  - las corrientes del conocimiento y el pensamiento enfermero.
  - el proceso de profesionalización de la enfermería.
  - la disciplina enfermera
  
- ♦ Historia y práctica contemporánea de la enfermería.
  - definiciones de enfermería
  - destinatarios de los cuidados de enfermería
  - objetivos de la enfermería
  - ámbitos de la enfermería
  - rol y funciones de la enfermería.
  
- ♦ Los cuidados de la persona como núcleo de la profesión enfermera.
  - los cuidados de la persona
  - los cuidados de salud
  - los cuidados de la salud como responsabilidad del grupo
  - los cuidados enfermeros
  - el marco teórico de los cuidados enfermeros
  - el cuidado cotidiano y la salud de la familia

### **Eje temático 2:**

- ♦ Salud
  - concepto
  - estado de bienestar
  - percepción de salud
  - niveles de prevención

### **Eje temático 3:**

- ♦ El Ser Humano
  - el ser humano como unidad biopsicosocial.
  - el ser humano como un ser de necesidades
  - necesidades sentidas, necesidades normativas.

### **Eje temático 4:**

- ♦ Biología
  - niveles de organización.
  - Características de la vida.
  - Homeostasis.

### Planificación de Contenidos, Estrategias, Medios y Carga Horaria.

FECHA	UNIDADES Y CONTENIDOS	ESTRATEGIAS	MEDIOS	HORAS RELOJ
Semana 7/2/11 al 10/2/11	Configuración y evolución de la enfermería como profesión: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El origen de la enfermería</li> <li>- Aspectos que han influido en la configuración y evolución de la enfermería: generales y de la profesión.</li> </ul>	Exposición Representación Gráfica	Power Point	16 hs
<b>11/2/11</b>	<b>Ambientación a la Vida Universitaria</b>	<b>Exposición</b>	<b>Power Point</b>	<b>3 hs</b>
Semana 14/2/11 17/2/11	Institucionalización de la enfermería como profesión: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las corrientes del conocimiento y el pensamiento enfermero.</li> <li>- El proceso de profesionalización de la enfermería.</li> <li>- La disciplina enfermera</li> </ul>	Introducción al tema realizado por el Docente  Lectura individual y grupal. Subrayado.  Identificación de las Ideas principales y secundarias.  Discusión y Debate	Power Point	16 hs
<b>18/2/11</b>	<b>Ambientación a la Vida Universitaria</b>	<b>Exposición</b>	<b>Power Point</b>	<b>3 hs</b>
Semana 21/2/11 23/2/11	Historia y práctica contemporánea de la enfermería. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definiciones de enfermería</li> <li>- Destinatarios de los cuidados de enfermería</li> <li>- Objetivos de la enfermería</li> <li>- Ámbitos de la enfermería</li> <li>- Rol y funciones de la enfermería.</li> </ul>	Introducción al tema.  Lectura. Elaboración de esquemas.  Actividad Integradora: Competencia intergrupala de preguntas y respuestas	Cartulinas de colores para las preguntas.  Sobres.  Premio.	12 hs
<b>25/2/11</b>	<b>Ambientación a la Vida Universitaria</b>	<b>Exposición</b>	<b>Power Point</b>	<b>3 hs</b>
	Los cuidados de la persona como	Introducción al		

23/2/11 y 28/3/11	núcleo de la profesión enfermera. - Los cuidados de la persona - Los cuidados de salud - Los cuidados de la salud como responsabilidad del grupo - Los cuidados enfermeros - El marco teórico de los cuidados enfermeros - El cuidado cotidiano y la salud de la familia	tema realizado por el docente  Lectura individual y grupal. Técnica del subrayado. Uso del diccionario.  Actividad Integradora: La lotería	Diccionarios.  Sobres. Cartulinas Porotos	8 hs
1/3/11 al 3/3/11	Salud - Concepto - Estado de bienestar - Percepción de salud - Niveles de prevención	Sociodrama  Lectura de cartas, debate y plenario	Afiches Marcador Cinta Cartulinas	12 hs
7/3/11 Y 8/3/11	El ser humano - El ser humano como unidad biopsicosocial. - El ser humano como un ser de necesidades - Necesidades sentidas, necesidades normativas.	Juego de roles	Afiches Marcador Pizarra Tizas	8 hs
9/3/11 y 10/3/11	Biología - Niveles de organización. - Características de la vida. - Homeostasis.	Phillips 66	Pizarra Tizas	8 hs
11/3/11	Consulta	-----	-----	3 hs
	TOTAL DE HORAS			98 hs
14/3/11	EVALUACIÓN INTEGRADORA			3 hs
16/3/11	Exposición de Resultados			-----
18/3/11	Recuperatorio			3 hs
22/3/11	Exposición de Resultados de Alumnos Aprobados			-----

## Curso de Ingreso 2011. Carrera de Licenciatura en Enfermería.

### Duración.

Total de horas: 95 horas reloj.

Inicio: Lunes 7 de febrero

Finalización: 11 de marzo

Evaluación Final: 14 de marzo

Comunicación de resultados 16 de marzo

Recuperatorio: 17 de marzo

Publicación de Resultados Finales: 22 de marzo

### Comisiones:

- 2 Comisiones en el turno mañana: 8 a 12 horas.

Docentes a cargo: Lic. Claudia Moya y Enf. Susana Di Lello

- 2 Comisiones en el turno tarde: 14 a 18 horas

Docentes a cargo: Lic. María Rosa Quiroga y Lic. Javier Heredia

### Áreas disciplinares a desarrollar:

- Enfermería.
- Ciencias Biológicas.

### Contenidos de Enfermería:

- Enfermería.
- Cuidado.
- Salud.
- Ser Humano.

### Contenidos de Biología:

- Niveles de organización estructural del organismo humano: químico, celular, tisular, de órganos, de aparatos y sistemas y, del organismo.
- Características de la vida.
- Homeostasis.

### Estrategias de enseñanza:

Exposiciones. Dramatizaciones. Representaciones Gráficas. Lecturas individuales y grupales. Discusión y Debate. Identificación de ideas principales y secundarias, elaboración de esquemas, cuadros sinópticos y resúmenes.

### Sistema de evaluación y aprobación.

El curso será de carácter obligatorio y eliminatorio. Las condiciones de aprobación son las siguientes:

1. Asistir como mínimo al 80% de las horas de clase previstas:
2. Aprobar la evaluación final integradora. Para ello, el estudiante deberá obtener una calificación del 50%. Se prevé una Instancia de Recuperación para los alumnos que no alcancen el puntaje requerido
3. No se prevé la condición de alumno libre.

# Configuración y evolución de la enfermería

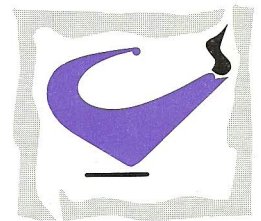
# 1

Cristina Francisco del Rey  
M<sup>a</sup> Amparo Benavent Garcés  
Esperanza Ferrer Ferrandis

## Objetivos

Objetivos

- Identificar los cuidados de salud de la persona con la aportación de la enfermería a la sociedad.
- Describir la evolución que ha experimentado la atención a la salud a lo largo de la historia.
- Identificar el origen de la enfermería con la necesidad de cuidados de salud de la persona y/o los grupos.
- Conocer la evolución que sobre la consideración de la persona se ha tenido a lo largo del tiempo y sus repercusiones sobre la manera de atender su salud.
- Describir la concepción sobre la salud, en las diferentes épocas de la historia, y su repercusión en los cuidados enfermeros.
- Analizar los aspectos que han influido en la práctica enfermera a lo largo de la historia.





## INTRODUCCIÓN

Para el desarrollo de este capítulo, se parte de situar a la enfermería como aportación específica a la sociedad en materia de cuidados de salud. Después se analizan distintos aspectos, generales y de la propia enfermería, que han ido influyendo a lo largo de la historia en la configuración e imagen social de la profesión, para posteriormente, tratar de profundizar en el proceso de profesionalización propiamente dicho.

El estudio de la historia y evolución de la enfermería es fundamental para comprender la situación en la que se encuentran la profesión dentro de la sociedad y la disciplina en cuanto a la construcción de su cuerpo de conocimientos.

En nuestra historia están las causas de la mayoría de las situaciones actuales y sólo buscando los motivos que las originan se puede modificar, mejorar y construir un futuro adecuado a las necesidades sociales. Si no se conoce el pasado, no se sabe de dónde se viene, hay dificultades para identificar dónde se está y difícilmente se puede elegir hacia dónde se quiere ir. El conocimiento desde la perspectiva histórica de una realidad, es fundamental para conocer con exactitud esa realidad es a lo que Miguel de Unamuno se refiere como la "intrahistoria".

El estudio de la evolución de la enfermería que se desarrolla en este capítulo tiene como finalidad identificar el papel de la enfermería en distintas épocas de la historia y comprender este papel dentro de la sociedad en la que se inscribe. Con este objetivo se orienta el análisis sobre la base de las premisas siguientes:

- La importancia de estudiar los fenómenos clave para el desarrollo de la enfermería, pues a través de ellos se puede explicar y comprender la evolución que ha ido experimentando, superando en cierto modo la historia episódica o de acontecimientos cuando sólo aporta explicaciones a situaciones coyunturales.
- La enfermería, al igual que cualquier otra profesión, es un producto social que adopta en cada época de la historia la forma que le es posible en las circunstancias de referencia. Por ejemplo, la enfermería religiosa fue la única posible en las circunstancias sociales en las que surge y se desarrolla.
- La necesidad de interpretar y relacionar los datos sin hacer concesiones a los hechos concretos, pero

sin olvidarlos; sin perder de vista los ciclos largos, pero concretando el análisis en ciclos cortos; sin olvidar el análisis cuantitativo, pero sin que la recolección de datos se convierta en un fin en sí mismo.

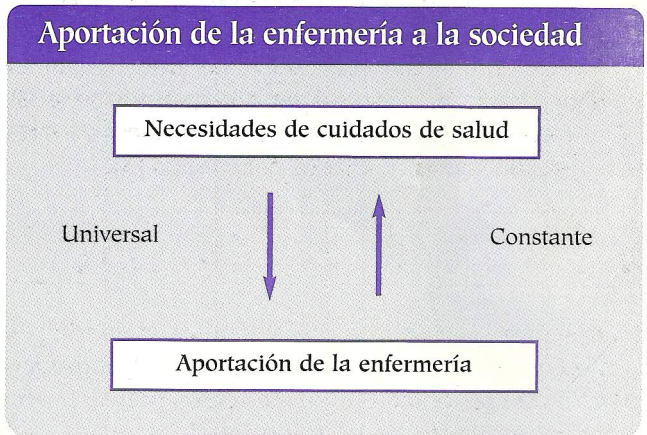
## LA ENFERMERÍA COMO APORTACIÓN ESPECÍFICA A LA SOCIEDAD

Las sociedades, en el proceso de socialización que conllevan sus organizaciones, se estructuran de manera que asignan diferentes funciones a distintos grupos. Estos grupos son identificados dentro de la sociedad por la aportación específica y especializada que hacen para cubrir las necesidades que se tienen. A medida que las sociedades se hacen más complejas, la estructuración de los grupos y especificación de su contribución se hace más concreta. Así, las profesiones se ocupan de estudiar y atender campos cada vez más concretos y especializados.

Todas las profesiones encuentran su razón de ser en necesidades sociales, según Collière una profesión "se constituye a partir de una actividad necesaria para la vida del grupo social" [1].

En el caso de la enfermería, las actividades necesarias para la vida del grupo social son los cuidados de salud que toman cuerpo y revierten en forma de servicio, de aportación específica, a la sociedad que los requiere. En las diferentes épocas de la historia, la enfermería ha asumido de forma constante y universal las responsabilidades que, en materia de cuidados de salud, la sociedad demandaba (Ver Tabla 1).

Tabla 1.





A veces, a lo largo del tiempo, por diferentes razones que se analizan posteriormente, la enfermería se ha hecho responsable de aspectos no relacionados con los cuidados de salud de la persona, centrandose su interés en lo relativo a los aspectos técnicos del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que se le han delegado, lo que ha ido en detrimento de su área de competencia. Aunque también, en su evolución como profesión, propone y desarrolla aportaciones específicas de su área de competencia que van más allá de lo que la comunidad le reclama, contribuyendo así a la mejora de la salud de las personas, grupos y en definitiva de la sociedad.

Los cuidados de salud que la sociedad requiere –los cuidados que aporta la enfermería y el cómo lo hace– han ido variando influidos por múltiples factores que se analizan en este capítulo. Las expresiones observadas sobre los cuidados enfermeros se manifiestan de forma diferente según los valores en los que se sustentan en cada momento histórico, pero de lo que no cabe ninguna duda es de que la aportación específica de la enfermería a la sociedad, a lo largo del tiempo y en todos los lugares, se centra en los cuidados de salud.

Diferentes autoras profundizan en la identificación social de la enfermería con los cuidados de la persona relacionados con la salud. Henderson [2], cuando reflexiona sobre la función social de la enfermería, describe a la enfermería como “actividad social mundial, una fuerza creativa y constructiva en la sociedad”. Esta autora reconoce que fue la influencia de Annie W. Goodrich (Decana de su Escuela), quien orientó su visión. Dorothy Hall considera a la enfermería como el resultado de la evolución que dentro de la sociedad ha ido experimentando una actividad fundamental, el cuidado, y que ha dado origen a lo que hoy se reconoce como disciplina enfermera, cuyo objeto de interés y estudio son los cuidados enfermeros [3].

## EL ORIGEN DE LA ENFERMERÍA

La enfermería, no como profesión, (se entiende por profesión, el ejercicio retribuido de una actividad para la que se requieren unos estudios previos), sino como el ejercicio de una actividad necesaria, sin

preparación específica ni retribución, relacionada con los cuidados de la salud, de la persona y de los grupos, es una actividad universalmente intrínseca a cualquier forma de sociedad en el tiempo y en el espacio. Cuidar a los enfermos, heridos, incapacitados, etc., ha representado en todas las sociedades un papel importante y presente. Por lo tanto, el origen de la enfermería, como contribución necesaria para el grupo, no es otro que el origen de la misma humanidad, al igual que ocurre con otras profesiones.

Los seres humanos, en su relación creadora con el entorno, han sido capaces de sobrevivir y evolucionar como especie, pero en esa lucha constante, se han visto limitados por lo que constituye su materialidad: su cuerpo. Tanto las enfermedades cuyo origen reside en la ruptura del equilibrio biopsicológico como en agresiones del medio ambiente, han hecho que los seres humanos en todos los tiempos y lugares, necesiten ayuda. Esta ayuda les ha sido ofrecida por otros miembros de su misma colectividad que iban adquiriendo y elaborando saberes a través de la observación y la experiencia y transmitiendo estas prácticas de generación en generación. Las personas a las que recurrían quienes necesitaban de ayuda para realizar cuidados relacionados con su salud, independientemente del nombre que recibieran, ejercían la misma función que hoy se conoce como enfermería.

A lo largo del tiempo y en todas las culturas, han existido especialistas en el cuidado a la salud. Entre las profesiones más antiguas de la humanidad, además de la de cazador y de recolector, está la de bruja, sanadora, partera, etc. Pero para llegar a ser sanadora o sanador, a diferencia de lo que se consideraba necesario para llegar a ser cazador o recolector, era preciso ser elegida a través de un proceso propio de cada cultura; por herencia, iniciación en sueños, etc. Además de ser elegida, se exigía preparación (conocimientos y saberes) y adiestramiento (habilidades prácticas), hasta llegar a ser considerada apta por parte de las sanadoras mayores y finalmente ser reconocida por la sociedad para recurrir a ella.

Esta figura ha ido perdurando en las diferentes épocas de la historia, por la asunción de distintas responsabilidades y roles, aunque teniendo siempre como punto de referencia los cuidados de salud de las personas y de los grupos, cuyo resultado ha sido el desarrollo de diferentes conocimientos y habilidades en función de las demandas sociales.






Es la sociedad la que hace que la enfermería adopte en cada momento la forma más oportuna en función de la realidad en la que tiene lugar para dar respuestas oportunas y coherentes con esa realidad. La enfermería religiosa, la desarrollada por Florence Nightingale o la tecnológica, fueron las más adecuadas y posibles en la época y lugar en que se produjeron, aunque también es necesario reconocer que en determinados momentos la enfermería se adelanta a las necesidades sociales haciendo ofertas específicas de su área de competencia.

## ASPECTOS QUE HAN INFLUIDO EN LA CONFIGURACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA

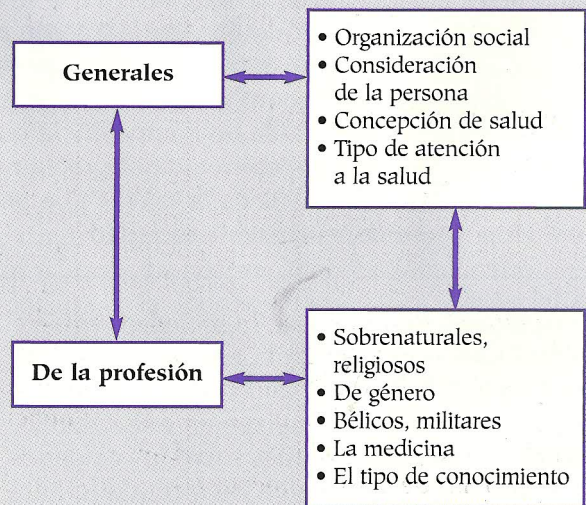
Para conocer la evolución de la enfermería es necesario contextualizar su estudio en la globalidad social. La salud y la enfermedad son situaciones en las que se encuentran las personas en diferentes momentos de su vida, y son consecuencia de aspectos biológicos, del medio ambiente (factores físicos, químicos, biológicos, psicosociales y psicoculturales), de los estilos de vida y del sistema asistencial. Difícilmente se puede entender la evolución de la enfermería sin analizar el medio en el que se desarrolla, ya que ésta tiene lugar y se manifiesta dentro de una estructura social con la que interacciona constantemente.

Al analizar los cambios que se han ido produciendo en la enfermería se observan diferentes elementos que han influido en su evolución y que van desde cuestiones sociales muy generales pasando por fenómenos más concretos relacionados con la salud y las formas de abordar los problemas relacionados con ella, hasta llegar a aspectos específicos relativos a la enfermería como profesión y como disciplina. Estos elementos son (Ver Tabla 2 

- La organización social y los valores imperantes en cada época y lugar (política, economía, etc.).
- La consideración que de la persona se tiene, la concepción de salud que en cada momento se impone y el tipo de atención a la salud que se ofrece

 Tabla 2.

### Aspectos que influyen en la evolución de la enfermería



por parte de la organización social (que a su vez está condicionada por las concepciones de persona y salud).

- El propio conocimiento enfermero y su proceso de construcción, que tiene una serie de características que influyen en su evolución y en la de la profesión. Es un conocimiento que parte de aspectos muy arraigados en valores personales y hechos cotidianos, cargado de explicaciones empíricas propias de cada cultura, que dificulta su explicación científica y, además, se ve entorpecido por las propias características de la profesión que se enuncian a continuación.
- Los antecedentes de la enfermería relacionados con valores y prácticas religiosas; el rol de género femenino que tradicionalmente ha caracterizado a la enfermería y a las enfermeras; su desarrollo y organización ligado a contiendas bélicas y los efectos del estilo militar en su práctica; y la influencia de la medicina, pues al ser la medicina y la enfermería actividades que se desarrollan dentro del campo de la salud, han existido una serie de vínculos de interrelación entre ambas profesiones que han tenido repercusiones muy significativas para el desarrollo de la enfermería. Como se verá posteriormente lo religioso, lo femenino, lo militar y lo médico han condicionado el desarrollo y las formas de expresión de la enfermería.



Todos estos elementos se interrelacionan entre sí; la organización y valores sociales condicionan a la concepción de persona, salud y atención a ésta y, todos ellos van a influir en la construcción de la enfermería como disciplina y en su desarrollo como profesión, aspectos que, a su vez, se potencian entre sí (Ver Tabla 3).

### La organización social

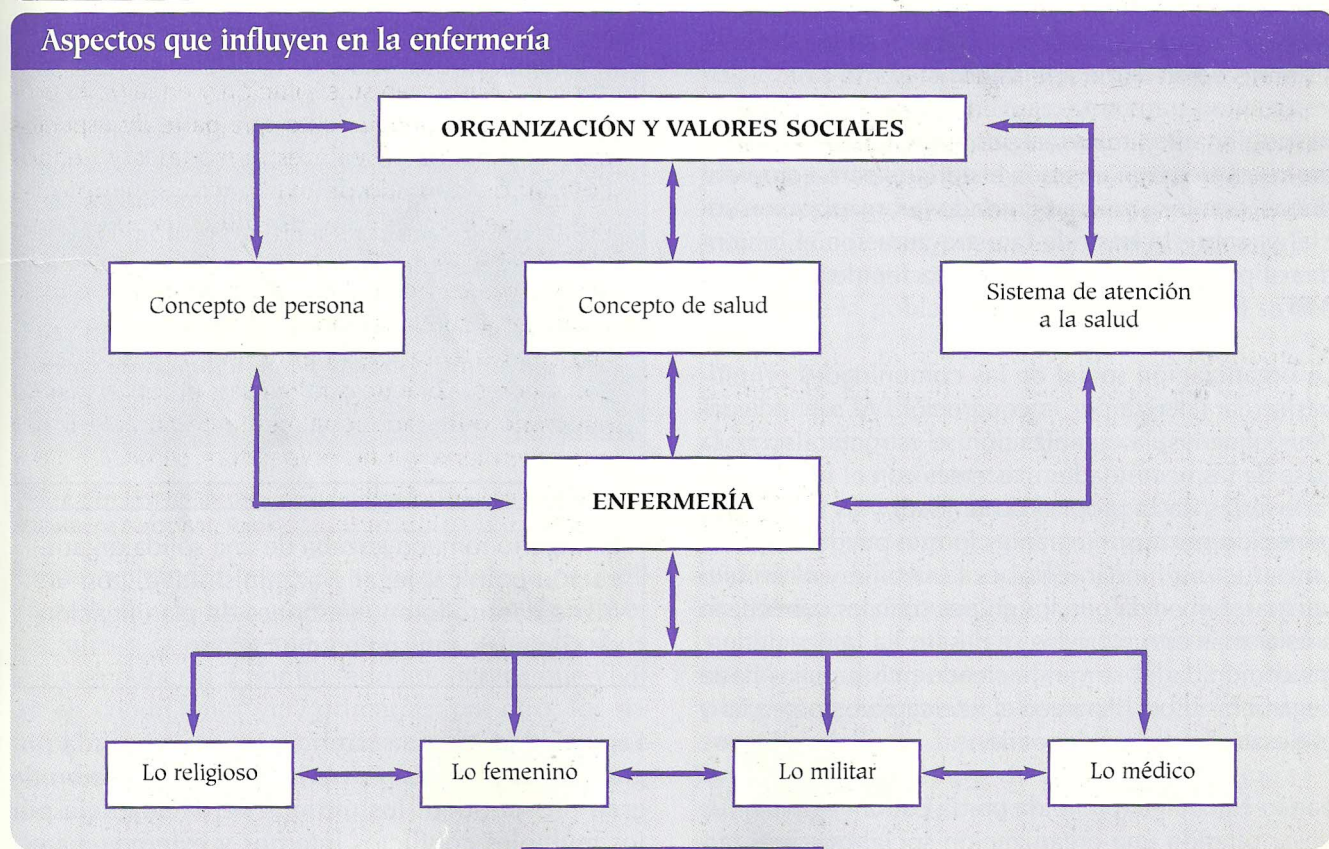
Desde siempre, las sociedades se estructuran para dar respuesta a las necesidades de sus integrantes, e incluso, para ofrecer servicios que mejoren sus condiciones de vida. Se puede decir que la estructura social facilita servicios para satisfacer las necesidades percibidas y crea nuevas necesidades al ofrecer servicios por encima de las demandas para posteriormente satisfacerlas. Así, existen una serie de influencias sociales, ideológicas, políticas, económicas, etc., que son las propias de cada momento histórico y que tienen gran repercusión en todos los órdenes de la vida social y por tanto en los campos de la salud, la enfermedad y la forma de abordarlas. Estas influencias

pueden ser positivas o negativas para la salud de las personas y más o menos justas en cuanto a los servicios que se ofrecen a la población.

En la sociedad, las personas tienen la oportunidad de desarrollar su vida de acuerdo a las posibilidades que le ofrecen sus estructuras. Diversos estudios, entre los que cabe destacar el Informe Black [4], demuestran que el nivel socioeconómico es determinante en el nivel de salud y en el uso de los servicios sanitarios. Considerando la esperanza de vida al nacer como uno de los principales indicadores de salud, actualmente encontramos que está en 70 años, aproximadamente, en los países que llamamos desarrollados y se sitúa por debajo de 40 años en los países que se encuentran en vías de desarrollo.

La salud de la persona y de la comunidad es el resultado de las relaciones que se establecen entre la persona y el grupo con el medio ambiente natural y social: la salud es un producto, consecuencia del desarrollo social y económico de cada sociedad.

**Tabla 3.**





La salud de la población, así considerada, depende de la forma en que las acciones políticas condicionan el medio y crean circunstancias que favorecen y/o dificultan la salud. Son circunstancias que potencian la salud aquéllas que crean un ambiente que favorece la confianza en sí mismo, la autonomía y la dignidad, especialmente de los más débiles. Los niveles de salud mejoran en la medida en que el ambiente facilita la capacidad para afrontar los problemas, la autonomía y la responsabilidad de la persona. Las estructuras políticas, económicas y sociales pueden ser generadoras de salud (la educación o la atención a la salud universalizadas) o en ocasiones generadoras de enfermedad (la falta de trabajo, de educación, o la existencia de conflictos bélicos).

Lo mismo ocurre con los sistemas de atención a la salud. Existen sistemas sociales que propician modelos de atención a la salud equitativos, universales y eficaces, e incluso van más allá de planteamientos biológicos, psicológicos y epidemiológicos y abogan por causas más justas contra las desigualdades o sus efectos en la salud, mientras que otros lo hacen de manera más incompleta o parcial. Esto ha sido así a lo largo de la historia y ha condicionado la necesidad, el tipo y los cuidados enfermeros que han tenido cabida y han podido desarrollarse en los distintos sistemas de atención a la salud.)

Es, por lo tanto, importante conocer estas influencias en los distintos momentos históricos para comprender así cómo se va configurando la organización social y, sobre la base de la estructura social, entender el papel que la enfermería ha tenido (Ver Tabla 4 ■).

La organización social de las comunidades primitivas se caracteriza por la concreción. Al ser sociedades pequeñas, la organización se estructura sobre la base de las necesidades existentes con el fin de satisfacer éstas en la propia comunidad, y es fácilmente conocido por sus integrantes lo que pueden esperar. La estructura fundamental es la familia y el ámbito vecinal. A medida que los grupos sociales comienzan a estar más estructurados se desarrolla la agricultura, las comunidades se van haciendo más amplias hasta llegar a las urbes. Aparece el intercambio comercial y el desarrollo de la vida social.

La Grecia antigua, influida por la cultura egipcia, fue desarrollando una organización social que más tar-

Tabla 4.



de serviría de modelo para la romana, constituida en "ciudades-estado", gobernadas por un rey, un consejo y una asamblea. Contaban con templos que servían de centros sociales y culturales, entre los que había centros especiales donde los enfermos eran atendidos por sacerdotisas.

La sociedad griega daba gran importancia a la mitología, la filosofía y el arte. Esto repercute en la consideración que se tiene de la persona, de la salud y la enfermedad y en la forma de atención. La persona es objeto de explicaciones filosóficas; la salud y la enfermedad se estudian desde una perspectiva mitológica, sobrenatural y biológica, y la atención a las personas enfermas se empieza a estructurar muy condicionada por la clase social de quién requiere ayuda y con una diferenciación de roles por parte de las personas que se dedican a su atención.

El Imperio romano gozaba de una sólida organización política, legal y administrativa, con un fuerte desarrollo en cuestiones de planificación de ciudades, saneamiento e higiene.

La sociedad romana también estuvo marcada por grandes diferencias. Los primeros siglos fueron de gran prosperidad, los últimos de decadencia por los múltiples conflictos internos y externos. La es-



estructura social siempre mantuvo un sistema de derechos y privilegios para las clases ricas y de negación de derechos y hasta de ciudadanía para los pobres. Al igual que hay un desarrollo muy planificado de las ciudades, redes públicas, etc., se inicia el surgimiento de lugares específicos para atender a los enfermos, aunque como reflejo de la vida social, el trato que se le da a cada persona es muy diferente en función de la clase social a la que se pertenece.

Durante la Edad Media la Iglesia va adueñándose de la sociedad conservando la estructura social desarrollada en el Imperio romano. El Papa es la figura con más poder en occidente. El poder de la Iglesia está presente en todos los órdenes sociales y, por tanto, en lo relacionado con la atención de la salud y la enfermedad.



Una enfermera da de comer a un paciente. Francia. Siglo XV.  
Biblioteca Nacional. París

Existe, a grandes rasgos a lo largo de este periodo de la historia, una gran diferenciación de clases sociales y consecuentemente de los derechos de sus componentes: por un lado los siervos que vivían en condiciones muy primarias; por otro, los señores y aristócratas, los guerreros y el clero que gozaban de privilegios. No existían clases intermedias, ya que la presión de los impuestos las hizo desaparecer.

Durante la Edad Media, la atención a las personas enfermas sigue siendo muy desigual en cuanto al trato que reciben las personas en función de la clase social a la que pertenecen.

Con la decadencia y corrupción del feudalismo, el sistema social tiende a ofrecer una alternativa. La razón va a ser el hilo conductor de este proceso, y la sanidad y la enfermería no escapan a una ordenación racional que va a intentar adecuar los recursos a las necesidades.

Hasta la Edad Moderna, la sociedad venía encontrando sus fundamentos ideológicos en la religión. Con la formación de los estados absolutos, se produce progresivamente la extensión de las concepciones civiles en los tejidos de la sociedad. Los jóvenes estados unitarios comienzan a engendrar y desarrollar una maquinaria administrativa que se extiende e incide cada vez más en la población. Se crea así una red, ya no religiosa sino estrictamente civil, que se va haciendo cargo de la organización de la sociedad y de sus necesidades.

El estado se va llenando de competencias, unas nuevas y otras arrebatadas a otras instituciones (tanto a la Iglesia como a las antiguas estructuras políticas locales), asumiendo las escuelas, las redes viales públicas o las instituciones de atención a las personas enfermas, entre otras. Aunque su organización deja mucho que desear, por una parte, existe un interés y esfuerzo de regulación y, por otra parte, con el crecimiento de la población, los poderes civiles se ven desbordados.

En el siglo XVIII, en Europa, al emigrar la población del campo a la ciudad, se produce un hacinamiento en los núcleos urbanos con una marcada diferencia de clases sociales. Aumentan las enfermedades infectocontagiosas y aparecen nuevos problemas de salud asociados a las nuevas formas de trabajo: accidentes, fatiga, enfermedades profesionales, etc. La salud se convierte en un problema social porque la persona enferma deja de producir, por esto se comienza a desarrollar "la medicina socializada" y la beneficencia para los más pobres. El primer seguro de enfermedad se crea en Alemania en 1883, durante el gobierno del canciller Bismarck.



La Revolución Industrial supone el triunfo de varios elementos sobre sus contrarios. Comienza el predominio de la razón sobre el espíritu, de la ciencia sobre lo irracional, de lo urbano sobre lo rural, de la industria sobre lo artesanal, de occidente sobre oriente, etc. El vuelco que da la sociedad se manifiesta en todos los terrenos:

- En el plano político, se asiste a un fuerte desarrollo del Estado, con la potenciación y extensión territorial de su aparato administrativo y una fuerte concentración de competencias. Se va produciendo una progresiva absorción por parte del Estado de las instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos que, con el paso del tiempo, dará lugar a los diversos tipos de seguros sociales.
- En el plano económico, la importante demanda de trabajadores y la incorporación de los ciudadanos al mercado del trabajo, los convierte, a efectos prácticos, en un medio de producción más y, por tanto, se hace necesario mantenerles en plenas condiciones físicas y psíquicas para incorporarse y permanecer como parte fundamental del proceso de producción, en el que va adquiriendo más significado lo público que lo privado, y lo social que lo individual.
- En el campo social, se desarrolla una política benefactora cuyas raíces se encuentran en las concepciones igualitarias propias de la sociedad liberal.
- En el plano ideológico, se produce un cambio de valores, cobrando una mayor importancia lo relacionado con los aspectos sociales de seguridad, que se colocan por delante de los espirituales y caritativos.

La Revolución Industrial se pone de manifiesto y tiene consecuencias desiguales en los distintos países de Europa. En España, el desarrollo y posterior crisis de la industrialización llegan más tarde. Las dificultades para introducir las propuestas de la burguesía liberal, en continua pugna con la oligarquía terrateniente, retrasa el paso de sociedad rural a urbana y esto condiciona el desarrollo social y sanitario en nuestro país. Como consecuencia, la Iglesia seguirá ocupándose de los sectores benéficos de asistencia y el Estado asumirá el desarrollo del sistema sanitario, incluyendo la higiene pública y la atención en hospitales y domicilios.

El tratamiento de enfermos sin recursos corre a cargo de la Beneficencia (Ley de Beneficencia, 1849).

Mientras tanto, la población con medios económicos se hace cargo de su propia atención recurriendo a los médicos particulares. La primera ordenación sanitaria de España es la Ley de Sanidad de 1855, por ella el Estado se hace cargo del control de las epidemias y del saneamiento de las poblaciones.

Desde sus inicios, el siglo XX se caracteriza por el desarrollo de instituciones dedicadas a la atención a la salud: el Instituto de Reformas Sociales (1903) que cubría situaciones de enfermedad, invalidez, accidentes de trabajo, desempleo, retiro obrero y maternidad; la Instrucción General de Salud Pública (1904) que recogía aspectos de salud pública; y el Instituto Nacional de Previsión (1908), como transformación del Instituto de Reformas Sociales.

A mediados de siglo se produce un fuerte desarrollo del sistema sanitario, con una orientación dirigida casi en exclusiva a la atención en situaciones de enfermedad y, en un plano más secundario, a la prevención principalmente a través de campañas de vacunación. Se desarrolla el Seguro Obligatorio de Enfermedad que coincide con la industrialización del país y es un periodo de crecimiento económico sin precedentes. El núcleo central de la atención a la salud está en el hospital.


Actualmente, los sistemas sociales occidentales, las democracias occidentales, tratan, con mayor o menor acierto, de garantizar una serie de derechos a todos los ciudadanos por el hecho de serlo; entre estos derechos uno fundamental es el de la atención a la salud. Sin embargo, las realidades en países con sistemas sociales totalitarios, en vías de desarrollo, objeto de bloqueo internacional, con conflictos bélicos, etc., son bien distintas.

En nuestro entorno existen dos corrientes bien diferenciadas en cuanto al enfoque de la atención a la salud. La primera de ellas sigue las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, y es partidaria del desarrollo de la lógica salubrista y los derechos humanos; desde esta perspectiva, los estilos de vida y los cuidados de salud adquieren gran preponderancia en la atención a la salud, desde esta orientación las enfermeras tienen importantes aportaciones que hacer. La segunda tendencia se centra



en el tratamiento de la enfermedad y en ella el modelo biomédico tiene un protagonismo hegemónico.

### Las concepciones sobre persona, salud y su atención

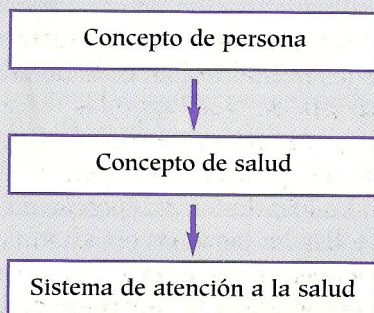
La concepción que se tiene de la persona a lo largo de la historia condiciona el concepto de salud, el sistema y el tipo de atención que la sociedad estructura y ofrece (Ver Tabla 5 ).

El concepto de persona determina la consideración que de ella se tiene, y varía considerablemente a lo largo del tiempo en las diferentes sociedades, pues está influido por múltiples factores. Se puede decir que el concepto de persona es un constructo ideológico como resultado de valores políticos, económicos y culturales.

Tanto la salud como la enfermedad son estados perceptivos de cada persona, las investigaciones transculturales sobre las diferentes formas de percibir estos estados vienen a demostrar que son muy diversas las concepciones, lo que se considera como positivo o negativo para valorar y referirse a uno u otro concepto. Aunque, de manera general, la salud tiene connotaciones positivas, mientras que la enfermedad las tienen negativas. El cómo se reconocen estos estados: las dolencias, síntomas, causas, etc., se va construyendo sobre la base de valores propios de cada cultura, y a partir de éstos se desarrollan diferentes sistemas de atención y/o tratamiento.

 **Tabla 5.**

#### Relación entre los conceptos de persona, salud y su atención



Todas las sociedades, en todos los tiempos, incluyen dentro de su organización sistemas de atención a la salud que tienen como finalidad el combatir las enfermedades imperantes en cada etapa de la historia. El tipo de atención a la salud o sistema de asistencia sanitaria, en un entorno cambiante, ha dado cabida a diferentes formas de abordar las necesidades de cuidados de salud y/o tratamiento de los enfermos y de la enfermedad en cada época, tanto desde el punto de vista organizativo como ideológico.

M. Santo Tomás describe dos "modelos sociales" de respuesta ante los enfermos y las enfermedades: el que llama "positivo" que se produce cuando se abordan "enfermedades benignas" que no ponen en peligro la integridad del grupo; y el modelo que describe como "negativo" que surge como respuesta a situaciones de enfermedad que representan un riesgo para la supervivencia del grupo (cita como ejemplos de la historia, la peste y las enfermedades incurables; hoy podríamos referirnos al SIDA como enfermedad y a los enfermos que lo padecen como generadores de este modelo negativo que identifica Santo Tomás) [5].

#### La consideración de la persona

Cualquier resumen ha de ser forzosamente simplificador y cuando se trata de un asunto tan complejo como el concepto de persona, forzosamente, han de perderse infinidad de matices importantes. Aquí se analiza este concepto en grandes periodos de la historia y se hacen referencias exclusivamente a la cultura occidental.

El término "persona" parece hacer referencia a la propia construcción filosófica de *per se*, como aquello por lo cual cada ser es lo que es con cualidades únicas inherentes a su naturaleza, a pesar de su significado etimológico original, máscara utilizada en las representaciones teatrales, que el actor utiliza para hablar: *per sonare*.

Esta idea de autonomía, y con ella el propio concepto de persona, ha sido objeto de diferentes consideraciones a lo largo de la historia de la humanidad y en las distintas sociedades. Ligado al concepto de persona, aparecen los de salud y enfermedad, y según se conciba a la persona ésta recibe un tipo u otro de atención y consideración en sus problemas de salud y cuidados.



Arsuaga [6] pone de manifiesto que, desde siempre, conviven en la persona dos entidades, una individual y otra colectiva. Esta visión es fundamental para entender los comportamientos de la persona consigo misma en las formas de percibir y priorizar sus necesidades, y con la colectividad en el sentido de recurrir a otros cuando necesita algo y de ayudar a los demás cuando éstos lo precisan. Entre estas necesidades están los cuidados de salud. Según las investigaciones de este paleontólogo, entre los hombres de Cro-Magnon existía la solidaridad.

La persona se caracteriza por su racionalidad y libertad, esto es, como ser capaz de autodeterminarse, de construir su propia vida a través del conjunto de decisiones que toma libremente desde que alcanza plena autonomía mediante el proceso de desarrollo hasta que muere. La persona se caracteriza por ser consciente de tener consciencia, lo que le permite observarse a sí misma y proponerse metas y objetivos a largo plazo y, según Arsuaga [6], por la expresión de esta consciencia a través de símbolos que tienen una función socializante e integradora.]

El ser humano es considerado desde los albores de la cultura occidental, en la Grecia clásica, como un componente más del cosmos, una cosa más de todo cuanto existe. No es objeto de reflexión independiente hasta la llegada de los sofistas y la aparición de Sócrates. Algunos sofistas, discípulos de Gorgias, afirmaban que todas las personas eran iguales. Gerhard Oestreich y Karl-Peter Sommermann [7] hacen referencia al pensamiento de Alcidas basado en la idea de que *"Dios había creado a todos los seres humanos en libertad, y a nadie había hecho esclavo"*. En una época en la que la esclavitud era una institución extendida y no cuestionada, esta afirmación suponía una contradicción en sí misma o cuando menos sorprendente, pero es que no dejaba de ser una afirmación exclusivamente teórica.

Aunque aquí se hace extensible el término persona a las mujeres y hombres, es necesario hacer constar que la consideración de unas y otros ha sido muy diferente a lo largo de la historia: tradicionalmente, la filosofía y los pensadores se han referido únicamente al hombre y sólo a partir de éste a la mujer, que ha sido considerada en un plano secundario [8].

Puede decirse que existió, entre los grandes filósofos griegos de la Grecia clásica, una preocupación

por conferir a la persona cierta autonomía individual [9]:

- Sócrates afirma la existencia de verdades absolutas y a su indagación dedica la vida, iniciándose con él la verdadera antropología ética. Pretende liberar a la persona de la ignorancia para hacerla capaz de buscar el conocimiento, el verdadero saber autónomo.
- Platón intenta alcanzar el equilibrio justo entre las partes del ser humano, el dualismo entre lo racional y lo irracional, entre el cuerpo y el espíritu-alma. Para este filósofo griego el alma, antes que en la persona, había habitado en el paraíso con los dioses y es allí donde aprende a razonar. Casi dos milenios después, Descartes contrarresta esta teoría y, profundizando en el dualismo alma-cuerpo, defiende que las ideas las produce el alma en contraposición a la idea de Platón quien afirmaba que las ideas eran producto del recuerdo.
- Epicuro quiere conseguir el estado perfecto de imperturbabilidad, en el que las decisiones de las personas no se vean condicionadas por placeres ni dolores.

A pesar de la preocupación de estos filósofos por la autonomía de la persona, el ser humano se encuentra al servicio de la ciudad, no a la inversa. Se mide el valor de la persona en función de su pertenencia a la ciudad y su participación en los asuntos políticos. La autonomía que interesa es la de la polis, no la de la persona. Fuera de la ciudad no se es nada.

La doctrina estoica, que basa el fin de la sabiduría en la virtud, fundamentalmente la romana, más ecléctica que la griega, ofrecerá una nueva visión de la persona. Su idea de la persona se fundaba, sobre todo, en el principio de la igualdad fundamental de todo ser humano, por estar todos dotados de razón. La dignidad y el valor propios de todo ser humano resultan de su participación en común del reino del espíritu. De ahí que, desde una perspectiva ética y moral, todas las personas sean consideradas iguales.

Durante el Imperio romano, los estadistas Cicerón (106-43 a. de C.) y Séneca (55 a. de C.-39 d. de C.) expandieron las ideas estoicas. El esclavo Epicteto enseñaba que todas las personas eran hermanas puesto que todas tienen a Dios por padre. Los estoicos romanos estaban convencidos de la existencia de la humanidad como idea, y de la justicia social, e iniciaron



una transformación de la historia del pensamiento político-ético mediante su peculiar concepción de la persona. Varios césares romanos del siglo II, Marco Aurelio entre ellos, se confiesan estoicos, si bien la esclavitud seguía presente en el orden social romano.

El cristianismo añade el concepto de igualdad natural de las personas como hijas de Dios, hechas a su imagen y semejanza, y por ello dotadas de cierta dignidad, derechos inalienables, intangibles, universales e imprescindibles. Pero la religión también diluye la autonomía individual. La teología medieval no tuvo en cuenta aquel principio de intangibilidad de los derechos humanos.

Agustín de Hipona (354-430) llevado por la búsqueda del conocimiento profundiza primero en la filosofía pagana y posteriormente en la concepción cristiana. Influido por Platón, formuló a finales de la Antigüedad la idea de que Dios no otorga a ningún ser humano poder sobre otras almas, y que sería una pretensión intolerable arrogarse tal poder, señalando la intimidad de la persona donde está la presencia de Dios. Se le considera el último sabio antiguo y el primero moderno, con sus ideas se adelanta a lo que luego dará lugar al existencialismo.

Tomás de Aquino (1224-1274), precursor de la filosofía escolástica, partió de las tesis aristotélicas para construir sobre ellas su doctrina social, e intentó unir la autoridad política del Estado con ciertos derechos de la persona dentro de un orden cristiano, aunque justifica la esclavitud.

En resumen, se puede decir que no existe libertad ni para las acciones, ni de conciencia; la persona es atenazada por los poderes civiles y religiosos. Física y psicológicamente el ser humano es esclavo de los poderes de príncipes y papas, en luchas que culminan con la ruptura que supone el protestantismo. Pero el protestantismo seguirá negando cualquier derecho de la persona frente a las injusticias del poder político absoluto. La libertad de la persona y el ser merecedora de un trato digno está todavía por llegar.

En el siglo XV, con el Renacimiento, aparece por primera vez el concepto de dignidad de la persona como ser digno o merecedor de autodeterminarse y autorre-

alizarse. Pico de la Mirándola, filósofo humanista italiano (1463-1494), es un paradigmático exponente de este resurgimiento de la afirmación de la personalidad humana. En el discurso al que invitó a los sabios de Europa, que debía anteceder a la defensa de sus 900 tesis referentes a todos los conocimientos de la época, y que después de su muerte fue llamado *Discurso sobre la dignidad del hombre*, ilustra esta especial consideración de la persona. Nos cuenta que Dios, tras haber creado todo cuanto existe, percibió que no se había reservado nada específico para la construcción del ser humano, pues había empleado ya todos los materiales. Por ello decidió utilizar un poco de cada uno de los elementos usados para la creación de los otros seres existentes y dotar al ser humano de algo más: razón y libertad, con el propósito de que fuera él mismo quien se autodefiniera, se hiciera a sí mismo.

Tras las explicaciones de Copérnico (1473-1543) y Galileo (1564-1642) sobre la disposición y movimiento de los planetas, el ser humano deja de ser el centro del universo, y se va desarrollando una corriente en la que adquiere gran valor la razón, y que conducirá a la emancipación de la persona.

Más tarde, con Descartes (1596-1650), con la confianza en la razón que culmina en la Ilustración y que permitirá el desarrollo de la ciencia y la industria, se inicia una etapa de industrialización en la que la persona, formalmente libre y autónoma, será apresada por el poder económico que conduce al liberalismo y al capitalismo.

Descartes concede a la persona el derecho y la obligación de la duda. En su esfuerzo por contestar a la pregunta: ¿Quién soy yo?, defiende la existencia del "propio yo", con su conocido *cogito, ergo sum* (yo pienso, luego existo). Su concepción de la persona y del mundo son decisivas en los principios de la Revolución francesa.

La afirmación radical en el valor individual de la persona fraguará en nuevas tesis filosóficas. No existe legitimidad natural alguna para que ninguna persona se someta a otra, el único poder legítimo es aquél que cuenta con su consentimiento. Aparecen tesis contractualistas como únicas capaces de determinar la legitimidad del poder político.





El testigo será recogido por Kant (1724-1804), para quien la dignidad humana es reconocida como autonomía. Sólo la persona que actúa libremente es digna moral y políticamente. Kant formulará el imperativo categórico conforme al cual se plantea que, justamente porque el ser humano como persona en sentido técnico tiene una dignidad, se coloca a la persona por encima de todo lo que puede ser utilizado como medio y se le trata como fin en sí misma. En este mismo sentido, Hegel (1770-1831), desde su planeamiento filosófico del idealismo absoluto identifica el ser y el pensamiento y lo real y lo racional. Para este filósofo, la realidad se constituye por la idea que hace real a lo racional y racional a lo real. Prioriza lo general sobre lo individual y argumenta que cada persona debe ser tratada por las otras como tal.

En la evolución sobre la consideración de la persona es necesario referirse a Darwin. Sus trabajos sobre el origen de la persona van más allá de la evolución biológica tratando de demostrar que el grupo es lo importante por ser lo que perpetúa la especie, y estudia los componentes emocionales que caracterizan a cada ser humano. Este autor aventuró ya la diversidad biológica y la complejidad cultural que caracteriza a la persona.

Los componentes de la dignidad humana, del propio concepto de persona, pasan a exigir que ésta reciba educación y asistencia suficientes para que pueda tomar conciencia auténtica y verdadera de la realidad y construir a partir de ella sobre la base de sus propias decisiones de forma libre. Ya no sólo exige su condición de persona el respeto de su vida y libertad, sino que requiere una actuación positiva de la sociedad: nacen los derechos sociales a la asistencia sanitaria y a la salud, la educación y la participación en política.

A principios del siglo XX, la Teoría del Psicoanálisis de Freud (1856-1939) supone nuevos avances en lo que a la concepción de la persona se refiere. Lo especialmente significativo de sus trabajos es la distinción que establece entre el "Yo", como entidad individual que procede de la educación y experiencia de cada uno; el "Super Yo", donde radica el ideal de perfección de cada persona, y el "Ello", como componente que contiene los aspectos sociales que condicionan la vida consciente,

el Yo y el Super Yo. Para este autor, la conducta se origina por energías que pueden ser encauzadas y utilizadas de diferentes maneras.

Desde la Segunda Guerra Mundial se ha extendido internacionalmente la idea del valor de la persona en función del trabajo o del consumo que realiza, como fuerza de producción. Así, la persona se ha convertido en un elemento más del arbitrario y convencional valor que la sociedad atribuye a las cosas en un sistema capitalista deshumanizado donde, como dice Unamuno, el valor de la persona se mide en términos económicos.

La sociedad actual, formalmente democrática, reconoce la dignidad de la persona como fundamento y como generadora del conjunto de valores que debe perseguir la organización política; sin embargo, no siempre es consecuente con tal reconocimiento de manera homogénea para todas las personas con independencia de la situación en la que se encuentren.

Hoy, la consideración de la persona exige un trato igualador (corrector de desigualdades no justificadas), el respeto a su intimidad, entendida ésta como la esfera de privacidad individual. La consideración de que su voluntad, plena y libremente formada, debe ser la única guía de su vida digna, sin más limitaciones que el máximo grado posible de igualdad y respeto para todos debe reflejarse en la atención a la salud.

Cada vez más, se reconocen los derechos humanos fundados exclusivamente en exigencias de naturaleza humana, inherentes e inalienables de la personalidad humana. El origen de los derechos humanos, propiciados por Rousseau, se encuentran en la Constitución Francesa de 1791 y se concretan en: libertad, propiedad, seguridad y resistencia a la opresión. Se reafirman en la Conferencia de México de 1947, y más tarde la Organización de Naciones Unidas, en la Asamblea de 1948, aprueba y redacta una nueva declaración incorporando los derechos naturales. En su artículo 25 se recoge "el derecho de acceder a servicios integrados y cualificados de salud".



La década de los años cincuenta es prolija en declaraciones de derechos de las personas, propiciadas por la Declaración de los Derechos Humanos que, proclamada en 1948, en su artículo primero dice: *"Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Poseen razón y conciencia y deberían actuar con un espíritu de hermandad"*. Esto en el campo de la atención de la salud y de la enfermería tiene importantes repercusiones, entre otras el que las personas puedan participar en las decisiones sobre su salud. Después vendrían la Convención de Derechos Políticos de las Mujeres (1953), la Declaración de los Derechos del Niño (1959) y otros. Actualmente, existe un Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (1966), con un órgano permanente de control compuesto por representantes de los 18 países miembros.

Posteriormente, en España (1984), se elabora la Carta de Derechos y Deberes del Paciente, inspirada en el Código de Helsinki. Se incluirá primero como una importante aportación en el nuevo Modelo de Gestión y, definitivamente, será regulada en la Ley General de Sanidad (Ley 14 de 1986).

Las aportaciones de los estudiosos de las teorías sobre el crecimiento y desarrollo de la persona han sido definitivas en la concepción actual de ésta. Destacan los trabajos de Erikson sobre el desarrollo de la persona y la importancia que confiere a la familia y el entorno en el desarrollo psicosocial de ésta; la teoría de Piaget sobre los aspectos cognitivos de la persona y su capacidad para razonar y pensar de manera lógica y tener opinión sobre lo que acontece a su alrededor; Havinghurst, que pone de manifiesto la importancia de los aspectos físicos, psíquicos y sociales en el desarrollo humano; los trabajos de Maslow sobre las necesidades humanas; y de Bertalanffy sobre los sistemas. Todos ellos determinan, en gran parte, la visión biopsicosocial predominante en la actualidad. Para la ciencia enfermera estas teorías representan la base de diferentes modelos de cuidados.

Con el desarrollo de la Psicología, las teorías evolutivas de desarrollo de la persona y las aportaciones del psicoanálisis, en la década de los años 60 y 70, se comienza a concebir a la persona con capacidad para desarrollar habilidades en todas las áreas de su

vida, y, en el campo de la salud, como sujeto activo para decidir sobre su salud y enfermedad, y no como objeto sobre el que se tiene que actuar. Esta forma de concebir a la persona confiere gran importancia a la relación.

Cada persona es considerada como fin en sí misma, nunca como un medio, y jamás como un instrumento en manos de otras personas. La vida y la salud deben ser tenidas como derechos, no como obligaciones. Cualquier decisión sobre ambas cosas debe contar con su conocimiento y consentimiento, por exigencia de la dignidad humana, cuya perspectiva dinámica consiste en el libre desarrollo de su personalidad. Se conciben la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, los derechos que le son inherentes y el respeto a los derechos de los demás como fundamento del orden político y de la paz social (art. 10.1 de la Constitución Española de 1978).

El derecho de la persona a la protección de su salud es reconocido por la Constitución Española en su artículo 43, y desarrollado ampliamente en la Ley General de Sanidad. Este derecho significa que la persona está en posición legítima de exigir responsabilidad al gobierno y a los profesionales en todo lo relativo a la atención de su propia salud.

### El concepto de salud y las formas de atención

El concepto de salud está íntimamente ligado al de enfermedad y son construcciones culturales cargadas de múltiples valores políticos, económicos, geográficos, religiosos, ideológicos, técnicos, etc., tanto individuales como colectivos, que en cada sociedad adquieren significados distintos. En relación con la salud y enfermedad, hay un sistema de creencias relacionadas que conforman valores, normas y comportamientos, con diferentes explicaciones, no científicas y científicas, en distintas épocas.

Son conceptos que varían a lo largo del tiempo: incluso lo que en una época puede considerarse como saludable o sano, en otra puede percibirse como enfermizo o enfermo (por ejemplo, el sobrepeso en la década de los años cuarenta en España era considerado como una manifestación de salud y, actualmente, es todo lo contrario). También se asignan diferentes significados al hecho de estar sano o en-

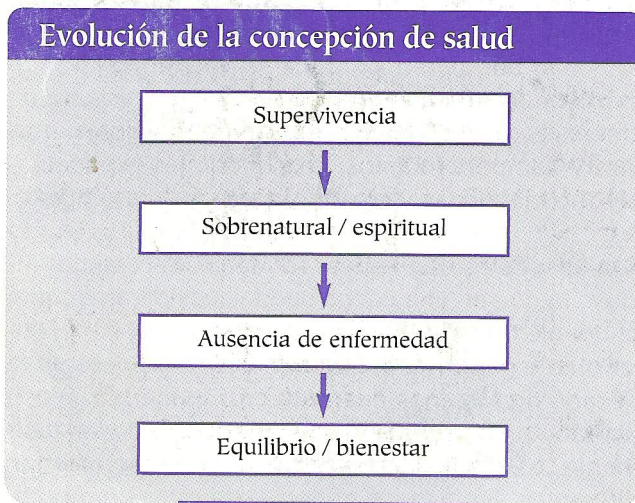


fermo (por ejemplo, en diferentes momentos, creencias religiosas han llevado a considerar premio o castigo un estado u otro).

La salud y la enfermedad se pueden analizar según distintas corrientes que orientan las diferentes concepciones, que a lo largo del tiempo, las caracteriza. Los salubristas las desarrollan sobre la base de tres paradigmas: el "ambientalista", que está presente aunque con distinta consideración a largo del tiempo hasta el siglo XVIII y se basa en el establecimiento de unas relaciones de dependencia de la persona con su medio ambiente; el "biologicista", que parte de las concepciones de salud y enfermedad fundamentadas en aspectos orgánicos y funcionales de la persona; y el paradigma "integral", desde el que se explican la salud y la enfermedad con un enfoque global en el que se consideran los elementos biológicos, ecológicos y sociales que rodean a la persona como determinantes de su salud [10].

En función del valor que en las diferentes épocas y sociedades se atribuye a la salud, se puede entender ésta como: supervivencia, entendiendo sobrevivir como estar sano; el resultado de razones no comprendidas que confiere a la salud razones sobrenaturales; también durante mucho tiempo ha tenido un significado relacionado con causas espirituales o religiosas; después, estar sano ha sido considerado como la ausencia de enfermedad; y actualmente la salud está siendo valorada como la percepción de un estado de equilibrio, armonía y/o bienestar (Ver Tabla 6 ■).

Tabla 6.

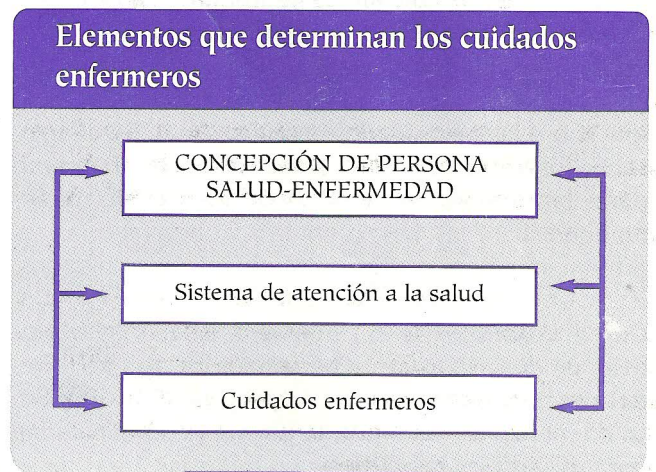


Estas concepciones se manifiestan cronológicamente, aunque a veces conviven unas con otras o, cuando menos, algunos elementos característicos de una manera de concebir la salud y la enfermedad permanecen, aunque se incorporen nuevas formas. El cambio en las formas de ser interpretadas y atendidas la salud y la enfermedad, produce diferencias sustanciales en los aspectos epistemológicos que las explican y en las formas de organización e intervención para abordar su tratamiento en la sociedad.

La atención a la salud ha estado condicionada por la concepción que de la persona se tiene y por el concepto de salud y de enfermedad. Dentro de la organización social siempre han existido estructuras, más o menos complejas, dedicadas a la atención a la salud y los problemas derivados de su pérdida pues, de una forma u otra, ésta es valorada como un bien colectivo. En los distintos sistemas de atención a la salud han tenido cabida formas específicas de cuidados enfermeros (Ver Tabla 7 ■).

Desde la Antigüedad, la atención a la salud ha sido una preocupación constante; los pueblos más primitivos desarrollaban ya prácticas para acondicionar el entorno de forma saludable. Igualmente, los sistemas sanitarios han tenido tradicionalmente una orientación dirigida a la enfermedad, al diagnóstico y tratamiento de los procesos patológicos. Un hito que da un giro a esta orientación es la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud de Alma-Ata (1978), en la que 140 gobiernos de todo el mundo se comprometen a reorientar los sistemas sanitarios hacia la atención de la salud.

Tabla 7.





En todas las sociedades han existido sistemas sanitarios con el objetivo de restaurar la mayor normalidad posible a la persona enferma y con distintas formas de vinculación a las instituciones del gobierno aunque, de forma generalizada, se han dado conjuntamente sistemas públicos y sistemas privados:

- En los sistemas públicos, la persona recibe la atención que requiere sin pagar directamente por ella (entre estos sistemas están los diferentes tipos de seguros sociales, la beneficencia, etc.); son los gobiernos y/o instituciones quienes establecen sus propias políticas para conseguir los recursos necesarios (bien a través de sistemas fiscales, de donaciones, etc.).
- En los sistemas privados, el usuario elige al proveedor y paga directamente por el servicio.

A medida que las sociedades desarrollan sus formas de organización con estructuras más diversas, los servicios sanitarios, para satisfacer las necesidades relacionadas con la atención a la salud y enfermedad de la población, son también más complejos. Actualmente existen diferentes sistemas en los distintos países, y dentro de un mismo país conviven estructuras distintas que se pueden analizar según sus características; por los recursos de que disponen, la dependencia organizativa, el tipo de funcionamiento, el sistema de financiación y la prestación de servicios que ofrece.

### **La salud como supervivencia**

En las sociedades primitivas la salud es considerada como un don natural y tiene un valor de supervivencia. Las actividades encaminadas a mantener la salud, entendida ésta como supervivencia, están dirigidas a la conservación y mantenimiento de la vida de las personas, como la alimentación, el abrigo y lo relacionado con el nacimiento y crecimiento de la prole.

Dentro de las comunidades primitivas la estructura social reconoce el poder y la capacidad de personas de la propia comunidad (brujas, sanadoras, parteras, etc.) para mantener la vida de quienes corren el peligro de perderla, y la importancia de los cuidados como facilitadores de bienestar.

Arsuaga [6] concluye en sus investigaciones que las personas de la época Neanderthal sufrieron enfermedades y traumatismos a lo largo de su vida, y que recibieron cuidados por parte del grupo. Los restos de un hombre encontrado en el yacimiento iraquí de Shanidar demuestran que, probablemente, fuese tuerto, padeció la amputación del brazo derecho por encima del codo, y había recibido fuertes golpes en la pierna derecha a la altura de la cadera, tobillo y pie. El hecho de que sobreviviera a todos estos problemas no tiene otra explicación que la ayuda que le ofrecieran sus cercanos.

La utilización de hierbas en forma de emplastes, cocciones o tisanas basadas en el conocimiento desarrollado a partir de la experiencia propia y heredada, son las primeras prácticas de atención a la salud.

La atención que se ofrece incorpora remedios y prácticas aprendidos por las observaciones sobre los comportamientos de los animales como son los masajes, la utilización del calor y el frío, el barro, etc. Son remedios que contribuyen al bienestar de la persona. Cuando se producen los resultados deseados, cada vez que ocurre una situación similar, se repiten las mismas actuaciones sin saber exactamente las causas que provocan la mejoría y esto se va transmitiendo oralmente, de generación en generación, de una forma más o menos abierta.

Durante la época en la que la salud tiene un significado de supervivencia, y dadas las condiciones de vida y de estructura social que a su vez son las que propician esta concepción, los problemas se abordan, al igual que otros, en el grupo familiar o vecinal no existiendo una atención sanitaria organizada fuera de estos núcleos.

### **La salud como valor sobrenatural**

Con el paso del tiempo, las comunidades se van haciendo sedentarias, se desarrolla la agricultura, aumenta la producción de alimentos y, con ello, el promedio de vida. Las comunidades van siendo más amplias hasta llegar a formarse las urbes.

En las primeras sociedades, la salud y la enfermedad eran estados que se explicaban desde valores sobrenaturales, míticos, cosmogónicos, etc., hechos que no podían ser explicados ni controlados por las personas. La salud es considerada como un don sobrenatural.



La figura femenina se representa con fines mágicos. Terracota, IV milenio, M° de Historia, Bucarest

A las prácticas cuidadoras en las que se utilizan recursos de la naturaleza (hierbas, barro, calor, etc.), se incorporan otros remedios como son los numerosos ritos mágicos que, combinados con los cuidados físicos y naturales, tratan de expulsar a dioses, demonios y espíritus malignos del cuerpo de la persona.

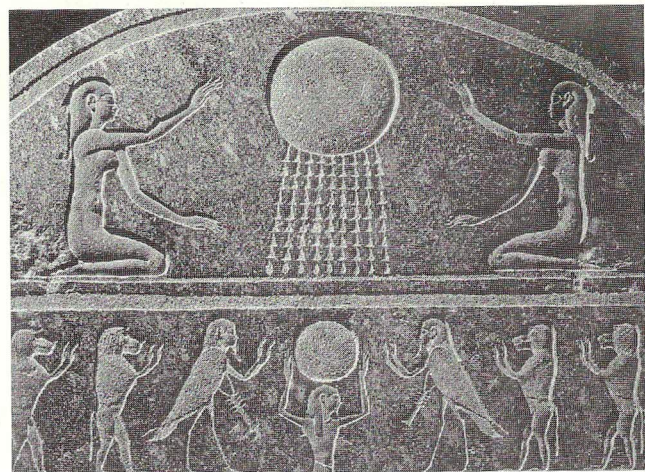
Las civilizaciones antiguas que han tenido mayor influencia en el mundo occidental son las del área del Mediterráneo, fundamentalmente Egipto que va a influir posteriormente sobre la cultura griega y ésta sobre la romana.

El tratamiento de las personas enfermas se basaba en saberes cosmogónicos. Se trataba de convocar a los poderes divinos conjugándolos con la sabiduría empírica. En esta forma de atención a la salud primaban los factores exógenos a la persona (por el origen sobrenatural que se le daba a la enfermedad como alteración de las leyes físicas visibles). Eran los líderes religiosos quienes tenían el poder para tratar a enfermos y heridos.

Según describe Donahue, se tiene constancia de que en Egipto ya se abordaba la enfermedad conjugando la religión, la magia y la utilización de diversas sus-

tancias: animales (grasas, excrementos, etc.), vegetales (higos, adormideras, cebada, etc.) y minerales (arcilla, carbón, fango, etc.) [11].

Los egipcios tenían dioses, entre ellos Isis y Horus son de los más representativos, a quienes invocaban en situaciones de enfermedad, y también dioses malévolos como Seth. Dioses y mortales (sacerdotes y sacerdotisas, magos, exorcistas, sacerdotes-médicos -*sunu*-, etc.), recibían en los templos a los enfermos, allí les aplicaban los diferentes remedios y les proporcionaban alojamiento.



El Sol origen de la vida (M° Historia del Arte, Viena)

En las primeras civilizaciones (entre los siglos XX y XV a. de C.), los estudios de Hernández-Conesa [12] identifican la existencia de prácticas específicas de cuidados de la piel, heridas, quemaduras, técnicas de vendajes, el uso de aceites, rituales, hechizos y descripciones sobre la salud y la enfermedad.

Hasta la Grecia clásica no se tiene un conocimiento explicativo sobre la salud y la enfermedad. Las concepciones que existen sobre estos estados se asignan a fuerzas sobrenaturales que hacen que las personas tengan temores a la enfermedad e invoken al dios que rige la vida para que les sea devuelta la salud.

En la Grecia clásica se encuentran las primeras referencias escritas sobre la salud. Los griegos comenzaron a explicar estos fenómenos desde una perspectiva biologicista, como acontecimiento que se produce dentro de la persona. Se considera que la salud depende del equilibrio de los humores del cuerpo humano. Estas explicaciones sirvieron a los



romanos, aunque éstos también tienen sus propias interpretaciones.

El entender la salud y la enfermedad desde la visión del funcionamiento biológico de la persona hace que la asistencia a los enfermos se torne más humana. Quienes se dedican al cuidado de los enfermos dejan de ser el puente de enlace entre dios y la persona y pasan a centrar su interés en ésta, y a tratar de explicarse lo que ocurre y solucionarlo. Según Donahue [11], en los escritos hipocráticos existen referencias claras a los cuidados relacionados con el uso de cataplasmas, dietas, la utilización de frío, calor, masajes y vendajes, baños, higiene, etc.

Son hechos especialmente significativos la creciente importancia que va adquiriendo el concepto y la práctica de la higiene, tanto en Grecia como después en el Imperio romano, y la aparición de instituciones dedicadas como tales al cuidado de los enfermos: *xenodochium e iatirion*.

### La salud como valor religioso

El final de la Antigüedad clásica coincide con el surgimiento del Cristianismo. Aunque las diferencias de clases son muy marcadas, el cristianismo provoca que las manifestaciones de la atención que se ofrece a los enfermos, en esta época de la historia, sean menos clasistas y más igualitarias. Se siguen utilizando prácticas arraigadas en el saber popular, míticas, etc., y además se incorporan religiosos como el consuelo y las prácticas religiosas a los cuidados, en especial a la hora de la muerte.

En el Imperio romano, los enfermos empiezan a ser atendidos en hospitales que se instalan en las casas de los nobles y, dada la importancia que se le daba al ejército, se dedican lugares específicos para sus integrantes (valetudinario). Este inicio de atención a los enfermos, desligado del ámbito estrictamente doméstico, continúa en la época premedieval, se va afianzando con la expansión del cristianismo y en la Edad Media se consolida.

En el mundo occidental, la influencia fundamental la tiene el cristianismo, y la salud y la enfermedad son consideradas como premio y/o como castigo. La dedicación al cuidado de los enfermos, pobres y marginados se considera como una forma de sacrificio, oración, etc., y las prácticas utilizadas están cargadas de rituales místicos y religiosos.

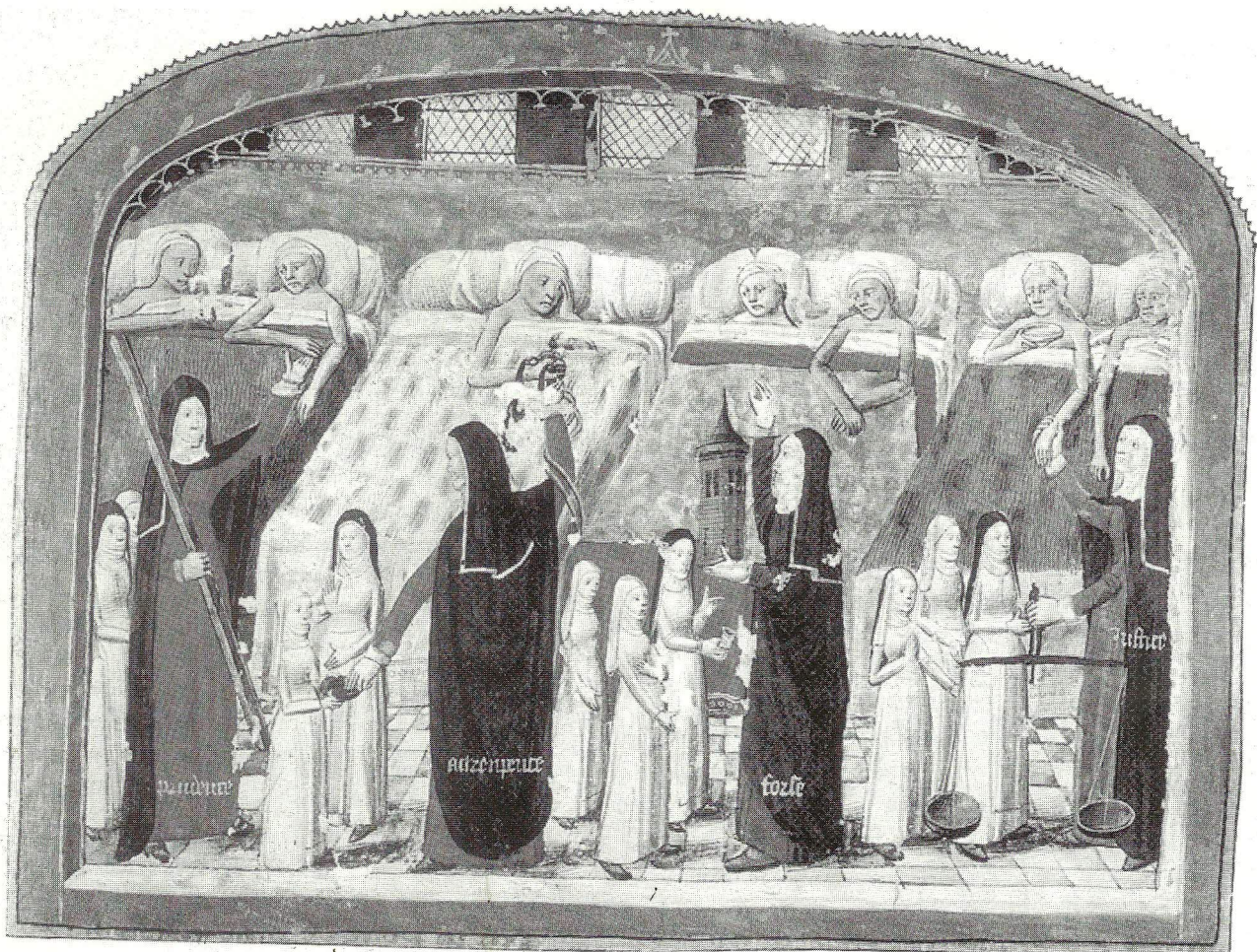
Los cuidados van más dirigidos a los aspectos espirituales que a los físicos, predomina la palabra (en el sentido de reconfortamiento espiritual, consuelo al afligido y oración) sobre el contacto directo, ya que se considera que cuidando el alma se cuida el cuerpo. Todas estas ideas están ligadas a las concepciones sobre la persona que imperan en la época como resultado del determinismo divino.

El cuidado de los enfermos se convierte en una de las misiones más importantes de todo cristiano, más concretamente de las mujeres cristianas. Diaconisas, vírgenes, viudas, presbíteras, canónigas y monjas dedican su vida al cuidado de enfermos.

Durante la Edad Media, la vida dentro de los conventos es muy rica en cuanto al desarrollo de la cultura, pero en el exterior la realidad es muy distinta. Existe, por las concepciones pseudoreligiosas vigentes, un desprecio casi absoluto hacia el cuidado del propio cuerpo, lo que se manifiesta en una falta de higiene generalizada, agudizada por el hacinamiento en el que se vivía, particularmente en las principales ciudades y por el concepto de familia extensa de la época. Entre los siglos V y XIII, la Iglesia desprecia de una manera absoluta los aspectos físicos de la persona, por las connotaciones dadas a lo carnal, y con ello a los cuidados de la persona.

Como se dice anteriormente, en la Edad Media las familias son muy extensas, lo que se traduce en una falta de espacio en las viviendas. Las enfermedades transmisibles eran las enfermedades por excelencia, lo que provocaba que hubiese innumerables epidemias que periódicamente diezaban las poblaciones. Durante las epidemias se producían movilizaciones generales en las que tomaban parte las órdenes religiosas y los escasos médicos entonces existentes, quienes, por el escaso nivel de conocimientos y formación, se veían desbordados. Por ello, en cada hogar una improvisada enfermera se enfrentaba a la situación, cuidando a sus familiares y a los vecinos que enfermaban.

El incremento de las guerras locales entre los condados, así como la fundación y engrosamiento de los burgos, verdaderos embriones de lo que hoy son las



Escena recogida en el manuscrito de Jean Henry, 1482. *Livre de Vie Active* de las religiosas del Hôtel Dieu. Musée de l'Assistance Publique. París

ciudades modernas, conllevan un creciente aumento de las enfermedades y esto, a su vez, conducirá al incremento de las instituciones y comunidades dedicadas al cuidado de los heridos, enfermos y, también, de los vagabundos sin oficio, lo cual puede ser considerado como el comienzo de una primitiva concepción de la enfermedad como fenómeno social.

En la Baja Edad Media, se produce en Europa un fuerte desarrollo de los hospitales, controlados en su organización, financiación y gestión por los jerarcas de la Iglesia y por los ciudadanos importantes. El cuidado de los enfermos se realizaba tanto en los hospitales como en la casa del enfermo. Las hermandades y cofradías se encargan de la atención a los enfermos.

Durante la Edad Moderna nos encontramos que, si bien las órdenes religiosas se especializan, hasta cierto punto, en la beneficencia, como lo demuestra

la fundación de la Orden de los Hermanos de San Juan de Dios o la Orden de las Hermanas de la Caridad (órdenes sanitarias por excelencia), el Estado posteriormente tenderá a asumir él mismo estos terrenos.

Las diferencias entre los dos tipos de hospitales, religiosos y civiles, son fundamentales. En lo que se refiere al cuidado de las personas que se atienden, en los hospitales religiosos la practican mujeres de las propias órdenes religiosas, sin salario, sin horario y sin vida fuera del hospital. En los hospitales civiles comienza ya una primitiva profesionalidad (aquí se entiende por profesionalidad la existencia de una incipiente relación contractual en cuanto a horario y salario, pero sin que esta situación de la enfermería reuniera las características que determinan a una ocupación como profesión), pues las enfermeras laicas se incorporan a los hospitales con



algún tipo de compensación y sin hacer de ello su única dedicación.

Hasta la Edad Moderna, los sentimientos religiosos habían conducido a un trato humanitario y espiritual a los enfermos. Durante esta época, en paralelo con el aumento de las competencias del estado laico y las consecuencias de la Reforma luterana, este sentimiento religioso se va perdiendo, lo que conlleva un deterioro en el trato de los enfermos. Si a esto añadimos el escaso nivel técnico existente en todos los órdenes y también en lo que se refiere a la atención a los enfermos, se puede concluir fácilmente que ésta es una época de clara regresión en cuanto a la atención de la salud de las personas en general y los cuidados enfermeros en particular.

Los hospitales estaban pésimamente dotados, eran inhumanos y técnicamente pobres, y se convierten en refugio para desahuciados, marginados, enfermos contagiosos, locos, moribundos y, en definitiva, en albergues donde se acoge a las personas socialmente molestas. Y es que la situación sanitaria es el reflejo de la vida social de este tiempo. La imagen de la enfermería seglar de esta época está representada por Sairey Gamp, que Charles Dickens describe en una de sus novelas, añadiendo que a las enfermeras de este tiempo se les consideraba como mujeres de mala vida [11].

En la Europa católica, España jugó un papel importante en la Reforma católica. La Contrarreforma trata de afirmar el principio de unidad entre todos los creyentes y a todos los niveles de la actividad social, entre ellos en la atención a la salud. La Iglesia asume responsabilidades en este sentido. A mediados del siglo XVII, congregaciones dedicadas a la atención de los enfermos ya existentes como la de San Juan de Dios y otras que provienen de Francia como las Hijas de la Caridad o las Salesas se multiplican espectacularmente. Estas órdenes atienden a los enfermos en sus propios domicilios o en los hospitales y también comienzan a establecer dispensarios en los barrios o distritos más pobres de las ciudades. Por otra parte se van especializando, hasta cierto punto, en la atención a grupos de enfermos concretos, como la orden de San Juan de Dios que se dedica al cuidado de enfermos mentales y niños principalmente. Más tarde se dedican también, alguna de ellas, a la formación de la enfermería.



San Juan de Dios ayudando a los enfermos en el incendio del Hospital de Granada

### La salud como ausencia de enfermedad

A medida que se van encontrando explicaciones científicas al funcionamiento fisiológico y psicológico de la persona, se van construyendo las concepciones de salud y enfermedad sobre la base de estas explicaciones. La salud se concibe como el buen funcionamiento del organismo tanto física como psicológicamente. Durante mucho tiempo la salud ha sido entendida como sinónimo de ausencia de enfermedad.

La enfermedad se considera un desorden que altera el funcionamiento orgánico, que se explica y que tiene nombres. Esto representa para quienes la padecen una situación de preocupación, pero también posibilidades de tratamiento. Por ello, se reclama asistencia a la enfermedad, y se da una importancia casi exclusiva a los aspectos biológicos que la determinan, adquiriendo hegemonía la atención a la enfermedad sobre la atención a la salud, que tardará aún algún tiempo en ser considerada. La atención a la salud se centra en luchar contra la enfermedad.

Como consecuencia del desarrollo industrial se produce la incorporación de los ciudadanos al mercado del trabajo, y esto tiene unas consecuencias que son obvias para la salud de los trabajadores y la atención sanitaria. Al igual que el Estado comienza a facilitar una infraestructura adecuada para permitir el libre desarrollo de la empresa privada, empieza a promover una estructura sanitaria pensada para "reparar" la fuerza de trabajo.





Las concepciones igualitarias de la sociedad liberal provocan que, al igual que la instrucción o el trabajo, la sanidad comience a concebirse como un derecho de todas las personas, y una adopción, por parte de la sociedad, de unos principios sanitarios elementales que se reflejan en la creciente importancia que se le va dando a la higiene y a la sanidad pública.

El punto clave para el desarrollo de la sanidad se encuentra en el aumento de las demandas sanitarias como consecuencia del crecimiento incontrolado de las ciudades, que hace insuficientes los recursos, principalmente de la Iglesia, existentes hasta el momento. Así, los municipios y en muchos casos la iniciativa privada, se ven obligados a construir y hacer funcionar centros sanitarios.

En el siglo XIX, los descubrimientos que habían tenido lugar, anteriormente, en el campo de la Física y de la Química van a tener una gran repercusión tanto en la atención a la salud (la aplicación de los rayos X al diagnóstico de las enfermedades, el termómetro de mercurio, etc.), como en el ámbito político (nuevas formas de trabajo, comunicaciones, etc.). En Inglaterra, bajo el reinado de la reina Victoria, se produce un fuerte desarrollo de la sanidad pública que se centra en el saneamiento de las ciudades y que luego será seguido por otros países, entre ellos España.

Los descubrimientos de Pasteur que sientan las bases para la ciencia bacteriológica y la vacunación, Koch con sus postulados sobre la epidemiología, y la medicina experimental que preconiza Bernard proporcionan a la atención sanitaria las bases científicas para el desarrollo de la prevención y hacen posibles los avances en la cirugía propiciados por Lister.

Durante este tiempo y hasta la década de los años sesenta de nuestro siglo, la atención a la salud tiene una finalidad fundamentalmente curativa, de tratamiento de la enfermedad, que provoca un fuerte desarrollo de los hospitales. La atención se centra en el tratamiento de la enfermedad y en la prevención de enfermedades transmisibles a través de campañas de vacunación. En España tiene lugar el desarrollo del sistema del Seguro Obligatorio de enfermedad y la enfermería experimenta un crecimiento cualitativo y cuantitativo.

Todo se organiza alrededor de la enfermedad, de su diagnóstico y tratamiento; el enfermo se contempla desde la enfermedad que padece llegando a ser lo que da la identidad a la persona, que pasa a ser el hígado, el estómago, el corazón, etc., pues lo importante es el órgano afectado y sobre él se actúa. La atención se despersonaliza.

El desarrollo cuantitativo de la enfermería coincide con el desarrollo de los hospitales. Con la proliferación de éstos se produce un incremento de las necesidades de enfermeras y en muchos de ellos se crean escuelas de enfermeras para satisfacer las demandas, y además formarlas de acuerdo a sus propias necesidades y orientación [13]. Sobre este aspecto se profundiza en el capítulo siguiente al tratar el proceso de profesionalización.

A partir de la década de los años sesenta, se comienza a desarrollar el estado del bienestar y un sistema de atención a la salud de cobertura universal, con un modelo de atención orientado hacia la promoción de la salud y la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad.

### La salud como equilibrio de la persona con su entorno

Actualmente la salud está cobrando cada vez más importancia en sí misma como estado de la persona que hay que preservar y promocionar. Según Peregrino [14] se sabe que salud y enfermedad son conceptos que adquieren su verdadero sentido cuando se analizan dentro del entramado socioeconómico que envuelve a cada grupo humano.

Desde este punto de vista, cualquier acercamiento a conceptualizar la salud debe contemplar la globalidad de la persona en interacción con su entorno, es decir, ser amplio e integral.

- **Amplio**, en el sentido de que es una situación cambiante, caracterizada por la vivencia de equilibrio, armonía, adaptación, bienestar, que permite desarrollar comportamientos satisfactorios. La forma de entender la salud tiene que ver con valores y elecciones de cada persona individualmente y con relación a su grupo.
- **Integral**, porque cada vez más se entiende como un estado vital de equilibrio dinámico en los sistemas biológico, psicológico y socioecológico de la persona y de las interrelaciones en-



tre ellos. De equilibrio entre la persona y su medio ambiente, como forma de vida que supone el desarrollo de la potencialidad humana, que permite el goce pleno y armónico de sus facultades, para disfrutar un bienestar individual y poder participar en el progreso común. La consideración de la salud como equilibrio de la persona con su medio interno y con su medio externo lleva implícita una concepción de la salud y la enfermedad como resultado de los fenómenos sociales, pues son estados que derivan del propio funcionamiento de la persona y de los valores sociales (como por ejemplo las enfermedades profesionales o el resultado que sobre la salud tienen diferentes formas o hábitos de vida).

Para Donati [15], la salud puede ser contemplada desde una doble perspectiva como instrumento y como producto; instrumento porque permite a la persona conseguir otros objetivos y fines (trabajar, desarrollar actividades de ocio, etc.) y como producto ya que es el resultado de múltiples factores (vivienda, estilo de vida, etc.).

Para este autor, al cobrar importancia los aspectos positivos de la salud, la atención sanitaria deberá centrarse cada vez más en la salud y se hace necesario desarrollar una orientación sociológica que implique; el actuar preventivamente para que las personas se mantengan en salud; haciendo especial énfasis en el papel activo de la persona de manera que mantenga una reciprocidad activa, tanto con las instituciones como con los profesionales de salud; propiciando un constante compromiso enfocado al cambio de vida por parte de la persona y por parte del sistema social y sanitario; y desarrollando planes para promover la salud por parte de todos los implicados, persona y sociedad. Esta orientación está cobrando cada vez más importancia.

En la década de los años ochenta se produce en nuestro país una significativa evolución en la atención a la salud hacia un sistema de atención, en el sentido propuesto por Donati [15], más amplio e integral. Esto es debido a la histórica declaración de la Organización Mundial de la Salud resultado de la Conferencia de Alma-Ata (1978) por la que la salud, entendida como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, es un objetivo

que requiere la participación de sectores sociales además de sanitarios. La atención a la salud, hoy, pasa por la integración de los servicios sanitarios y los servicios sociales.

A la lógica salubrista se incorporan intervenciones sociales. Diversos estudios históricos y recientes demuestran que las mejoras en la salud son el resultado de las mejoras que se han venido produciendo en el modo de vida de las personas y los grupos (vivienda, higiene, condiciones laborales, hábitos de cuidados etc.), más que de los avances de la medicina.

Desde este planteamiento, los objetivos de atención a la salud se amplían, tratando de proporcionar una cobertura de atención que abarque a toda la población, no sólo a los enfermos e incapacitados, sino también a los sanos, y actuar sobre el medio ambiente como determinante de la salud.

La atención enfermera se centra en los cuidados de salud que precisan las personas enfermas, y además en la atención a la salud propiamente dicha, los cuidados dirigidos a la promoción de la salud. Se amplía el círculo de competencias de la enfermería para ofrecer los cuidados en el medio familiar y comunitario, a las personas y a los grupos, dando gran importancia a las ciencias humanas y sociales para poder comprender a la persona en su globalidad y en relación con su entorno, y desarrollar y aplicar la ciencia enfermera, para abordar con garantías las necesidades y problemas de cuidados de salud.

En la Tabla 8 se puede apreciar cómo ha sido la evolución de la atención a la salud según el sistema de atención existente, la orientación que se le ha dado a la atención ofrecida, la preparación de quienes se ocupan de ofrecer esta atención y sobre quienes recae esta responsabilidad. Todo ello según ha sido concebida la salud en las distintas etapas de la historia, desde la perspectiva de supervivencia, sobrenatural, más tarde religiosa, después como la ausencia de enfermedad y actualmente como equilibrio de la persona consigo misma y con su entorno ecológico y social.



**Tabla 8.**

Evolución del concepto de salud y su atención					
Atención de salud \ Concepción de salud	SUPERVIVENCIA	SOBRENATURAL	RELIGIOSO	AUSENCIA DE ENFERMEDAD	EQUILIBRIO, ARMONÍA
<b>Sistema de atención a la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entorno familiar</li> <li>Entorno vecinal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entorno familiar</li> <li>Entorno vecinal</li> <li>Entorno comunitario</li> <li>Hospitales; <i>nosocomium</i>, <i>xenodochium</i>, <i>iatron</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitales privados, religiosos y del Estado</li> <li>Cuidados en el domicilio</li> <li>Seguros, gremios y cofradías</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Complejidad del sistema sanitario: público, privado, seguros...</li> <li>Diferentes niveles de atención</li> <li>Hospitales, ambulatorios, asistencia domiciliaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Complejidad del sistema sanitario: público, privado, seguros...</li> <li>Diferentes niveles de atención</li> <li>Desarrollo de la atención primaria y comunitaria</li> </ul>
<b>Orientación de la atención a la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilización de recursos naturales: alimentación, higiene</li> <li>Atención a las personas enfermas y dependientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remedios naturales</li> <li>Ritos mágicos</li> <li>Supersticiones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilización de recursos espirituales y morales: la palabra, reconfortamiento, atención a la muerte...</li> <li>Rituales religiosos</li> <li>Atención a pobres, heridos, enfermos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad</li> <li>Prevención terciaria</li> <li>Diagnóstico precoz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persona sana/enferma</li> <li>Grupo/familia/comunidad</li> <li>Grupos de riesgo</li> <li>Promoción de la salud</li> <li>Prevención de la enfermedad</li> <li>Educación para la salud</li> </ul>
<b>Preparación para la atención a la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empírica</li> <li>Transmisión oral</li> <li>Experiencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empírica</li> <li>Transmisión oral</li> <li>Experiencia</li> <li>Ritos de iniciación</li> <li>Saberes cosmogónicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empírica</li> <li>Experiencia</li> <li>Transmisión oral y escrita</li> <li>Inicio de la formación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centrada en la enfermedad</li> <li>Importancia de la técnica</li> <li>Regulación de la formación con orientación técnica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centrada en la persona y el grupo</li> <li>Formación universitaria con una orientación humanística</li> </ul>
<b>Responsabilidad de la atención a la salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mujeres en el ámbito doméstico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personas elegidas</li> <li>Hechiceros, brujos, curanderos</li> <li>Mujeres cuidadoras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personas elegidas</li> <li>Personas consagradas</li> <li>Matronas romanas</li> <li>Diaconisas, saterdocisas</li> <li>Viudas, vírgenes</li> <li>Enfermeras monásticas</li> <li>Órdenes militares enfermeras</li> <li>Religiosas-Enfermeras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeras, practicantes, matronas</li> <li>Ayudantes técnicos sanitarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeras</li> <li>Equipo multidisciplinar</li> </ul>

### Aspectos de la enfermería que condicionan su evolución

Como venimos observando, la enfermería es un fenómeno social que ha estado influido por los hechos y valores sociales que acontecen a su alrededor en cada momento y que le han ido configurando a lo largo de la historia. Una profesión es lo que sus miembros opinan y dicen de ella y lo que los clientes opinan de la labor que desarrolla. Una y otra percepción están condicionadas por la aportación profesional que se hace y por los valores en los que se fundamenta esta aportación.

Desde esta perspectiva, existen una serie de circunstancias que han caracterizado a la enfermería propiamente dicha que, si bien son a su vez condiciones derivadas de aspectos más generales (políticos e ideológicos) y tienen una importancia fun-

damental en la evolución de las enfermeras y de la enfermería.

- Los aspectos relacionados con la enfermería que vamos a estudiar son:
- Sus antecedentes religiosos, pues durante mucho tiempo la atención a la salud y los cuidados de salud, motivados por creencias religiosas, han sido responsabilidad de las comunidades religiosas.
  - La relación enfermera-mujer, ya que la práctica de la enfermería ha sido considerada una práctica femenina y desarrollada tradicionalmente por mujeres.
  - La influencia de valores militares, pues cuando han existido guerras se ha hecho necesario atender y cuidar a los heridos, y se ha producido un fuerte incremento de enfermeras que se han incorporado a los hospitales militares para ofrecer esos cuidados.

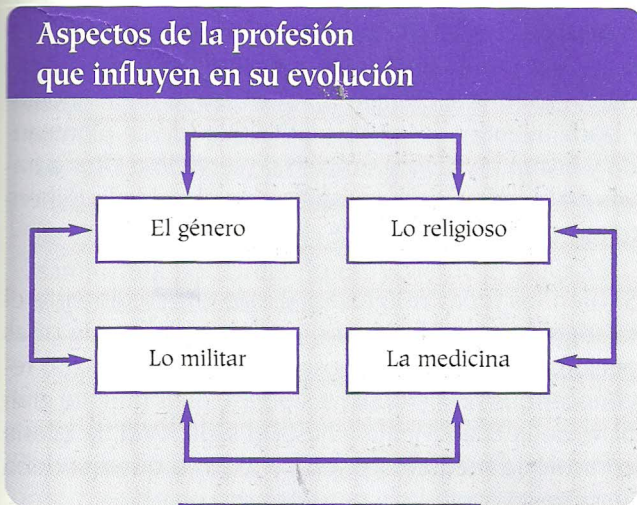


- La relación con la medicina, ya que enfermería y medicina han estado presentes en los mismos lugares compartiendo muchas veces responsabilidades. Como apunta Donahue [11], a veces resulta difícil distinguir una de otra, pues sobre todo en las primeras etapas están estrechamente entrelazadas. Para Collière [1], las profesiones de enfermería y de medicina y sus diferentes especializaciones, y también de la fisioterapia, parten de un tronco común que tiene como finalidad asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie. Estas profesiones se entremezclan en distintos momentos de la historia y con el paso del tiempo van asumiendo áreas específicas.

Todos estos elementos van adquiriendo diferentes significados a lo largo del tiempo, unas veces conviven unos con otros, se superponen, o se dan paso. Pero de lo que no cabe ninguna duda es que se potencian y, aunque desaparezcan, van dejando estilos que impregnan el pensamiento y la forma de hacer de la enfermería, y que a su vez interaccionan entre sí (Ver Tabla 9).

Estos elementos, además de reflejarse en los comportamientos de las enfermeras, se ponen de manifiesto en la imagen y el comportamiento que la sociedad y las instituciones tienen sobre y con la enfermería. Collière [1] parte de la identificación de la enfermera con la mujer y añade que está caracterizada por una

Tabla 9.



filiación doble; conventual y medicalizada. En la filiación conventual encuentra su carácter de servicio y en la médica "la guía para su desarrollo y actuación". Los médicos les enseñan y para ellos las enfermeras son agentes de información sobre lo que le ocurre al enfermo y ejecución para proporcionar al enfermo lo que los médicos consideran que se necesita para diagnosticar y tratar la enfermedad.

La imagen de la enfermería, tanto de la propia profesión como en la construcción de su imagen social, ha estado determinada por estos valores de su pasado que son más o menos recientes y están más o menos arraigados en un momento u otro.

**La influencia de lo religioso**

Los conceptos sobre salud y enfermedad han estado mediatizados por creencias sobrenaturales a lo largo del tiempo, desde las sociedades más primitivas en las que la pérdida de la salud y su recuperación se atribuía a designios sobrenaturales de premio y de castigo, hasta lo relacionado con quienes se consideraba que podían influir en estas situaciones, los brujos y chamanes.

En cada cultura, la influencia ha estado determinada por la religión más hegemónica en el lugar y tiempo. En el mundo occidental, que es en el que nos vamos a centrar, la influencia fundamental ha sido el cristianismo. Durante mucho tiempo asumió gran parte de la asistencia a los enfermos, y los valores cristianos impregnaron el quehacer de las personas comprometidas en su atención, tanto si estas personas pertenecían a comunidades religiosas como si eran seculares.

En las diferentes formas de identificación de la enfermería descritas por Collière [1], una de ellas es la de (mujer) consagrada, significando su papel por estar basado en reglas conventuales. Los cuidados de las mujeres consagradas están dirigidos a los pobres, humildes e indigentes. Esto por una parte les impide desarrollar la codicia y el afán por significarse, pero también provoca que estas mujeres permanezcan en un estado social bajo, "son siervas humildes como los pobres a quienes cuidan", y ello les hace desarrollar y adoptar comportamientos de obediencia y sumisión.

Al final de la Antigüedad clásica, y como consecuencia de la creciente importancia que va adquiriendo el cristianismo y su ética basada en la concepción de la persona como ser ajeno a sí mismo y como propiedad



divina, su cuidado se convierte en el punto central de la existencia de muchas mujeres. Se trata, para ellas, de auxiliar a los enfermos a quienes Dios ponía a prueba y convierten así el cuidado de los enfermos y desamparados en un acto de servicio a Dios. Donahue [11] apunta que la doctrina de Cristo basada en el amor y la fraternidad transformó la sociedad y las consecuencias de estos valores dieron lugar al altruismo y al desarrollo de la enfermería organizada.

En muchos casos, casas nobles se convierten en verdaderos centros sanitarios, donde la plebe es atendida de su enfermedad por mujeres de la nobleza. Este es un fenómeno que se da, principalmente, durante la decadencia del Imperio romano. Una prueba de que el peso de estos improvisados hospitales recaía en las enfermeras la tenemos en la creación de uno de los primeros hospitales estables, hecho ocurrido en Ostia en el año 390, al frente del cual se encontraba una noble, Fabiola (popular por la novela de Nicholas P. Wisseman, *Fabiola o la iglesia de las catacumbas*). Esta mujer dirigía a un grupo de mujeres, (Marcela, Paula –considerada la mujer más culta de su tiempo–, Eustaquia, Paulina, Melania, etc.), que dedicaban una parte de su tiempo al cuidado de los enfermos, utilizando con habilidad los vendajes, hierbas y ungüentos.

Si bien, a partir de la aparición de los primeros hospitales, las enfermeras empiezan a trabajar dentro del marco de una institución y con cierta disciplina y jerarquización, hay que señalar que este trabajo no constituía el único objetivo de su vida y que su permanencia en el mismo no era en modo alguno definitiva. Así, si podemos hablar del comienzo de la ocupación de la enfermería, no podemos hacerlo, sin embargo, de la institucionalización de la enfermería como profesión. Es necesario destacar que esta participación autónoma de la mujer en el cuidado a los enfermos es posible por la mejora que experimenta la posición social de la mujer en la sociedad romana.

Está fuera de toda duda que, en el mundo occidental, el cristianismo se constituye en el principal impulsor de la atención y cuidados a la persona enferma y ello debido al humanismo de sus concepciones. Al cuidado del cuerpo sumaban los cristianos el consuelo espiritual y las atenciones a la mente de los pacientes.

Se podía alegar que esta concepción psicossomática de la enfermedad venía dada más por el proselitismo espiritual que por una concepción científica, pero, aunque esta alegación no carece de realismo, hay que hacer notar que los llamados Padres de la Iglesia y los primeros pensadores cristianos conocían y difundían la separación conceptual entre alma y mente (idea que proviene de los filósofos griegos, como se veía anteriormente). Uno de sus principios básicos es que el enfermo debía estar con plena lucidez y sosiego mental para afrontar la enfermedad y superarla. De aquí que el consuelo espiritual constituyera un principio fundamental de los cuidados a los enfermos en la sociedad occidental premedieval.

El cristianismo no siempre ha provocado un trato humanitario a los enfermos. Durante toda la Edad Media las enfermedades infecciosas (la más significativa de las cuales fue la lepra), fueron consideradas como un “castigo divino” como consecuencia de la influencia del judaísmo en el cristianismo, y se produce un fuerte rechazo social a la enfermedad y a los enfermos, lo que Santo Tomás describe como el modelo de respuesta negativa [5].

Las influencias cristianas tienen un importante calado en la enfermería. Las concepciones morales y éticas basadas en la concepción de la persona como ajena a sí misma y como propiedad divina, convierten el cuidado de las personas enfermas en el punto central de la existencia de muchas mujeres, desde las nobles del Imperio romano hasta las Hijas de la Caridad (comunidad con gran incidencia en la enfermería por su dedicación a la asistencia de enfermos y a la formación de enfermeras, fundada por Vicente de Paul en pleno siglo XVII (1633), inicialmente conformada por seglares y que posteriormente con Luisa de Marillac pasó (1591-1660) a ser religiosa), que de una manera organizada atienden las necesidades que se van planteando y hacen de su vida un acto de servicio a Dios a través de la enfermería, considerando el cuidado del enfermo como una forma de salvación.

Si bien las ideas religiosas, y más concretamente el cristianismo, conferían a quienes cuidaban de otras personas un carácter virtuoso, también es necesario reconocer que no siempre ha sido así, pues durante gran parte de la Edad Media y hasta el siglo XVIII, la iglesia controló la medicina oficial y todo lo que quedaba fuera de su control era considerado pecado.



Santa Luisa de Marillac. Gaspard Duchange (1705) Biblioteca Nacional, París

En esta época, muchas mujeres fueron quemadas por practicar cuidados que quedaban fuera del control de la Iglesia, en lo que se conoce como la caza de brujas, y que Collière [1] identifica como la mujer condenada. Según esta autora, la mujer en sí misma era considerada una amenaza por haber adquirido conocimiento por sus propias vivencias (la maternidad y el cuidado de otros), tener poder sobre la vida y la muerte (si puede curar, también puede matar), tener conocimiento antes que los monjes y, sobre todo, poder usarle (por tener responsabilidades cotidianas en el cuidado de otros a quienes poder aplicar esos conocimientos).

Entre las víctimas de la incomprensión, a principios del siglo XII, está Santa Isabel de Hungría, quien tras ser acusada de malgastar el tesoro real en socorrer a pobres y enfermos, fue expulsada de su castillo y tuvo que ingresar en la Orden Tercera de San Francisco, para así poder dedicarse al cuidado de los enfermos (posteriormente santificada por Gregorio IX, y, desde el siglo XX, Patrona de la Enfermería).

Un grupo que sobrevivió a la persecución de la Iglesia, y se ha mantenido hasta la actualidad, son las Beguinas. En Bélgica a finales del siglo XI, aparece la orden seglar de las Beguinas. En un principio eran



En el sello se recoge la imagen de Santa Isabel de Hungría cuando es sorprendida por su cuñado en el momento que llevaba alimentos a los enfermos. Cuando éste trata de comprobar lo que oculta en su delantal se produce el milagro y lo que eran alimentos se transforman en flores que es lo que ella había dicho que portaba

comunidades muy pequeñas, compuestas por grupos de dos a cuatro mujeres, aunque después fueron más numerosas. No hacían voto de pobreza, vivían cerca de los hospitales y cuidaban a enfermos en el hospital, en sus casas y en los conflictos bélicos.

Con la Reforma, los estados tienden a asumir la responsabilidad de la organización sanitaria entre otras. El predominio de las ideas cristianas se va perdiendo y se produce un decaimiento de los ideales religiosos, teniendo una serie de repercusiones en la enfermería. Es lo que Donahue [11] describe como la época oscura de la enfermería.

Las enfermeras laicas que se incorporan a los hospitales para cuidar enfermos tenían riesgos muy altos, pésimas condiciones de trabajo y no se guiaban por elementos ideológicos de caridad cristiana, sino laborales y en muchos casos como la única salida a vidas no fáciles, con un bajo salario y sin ninguna preparación. Esto produce un deterioro en el trato a los enfermos, suponiendo una clara regresión en cuanto a los cuidados de enfermería se refiere.



La relación religiosas-enfermería está presente hasta épocas recientes como se demuestra en esta fotografía a las puertas del Hospital Provincial de Guadalajara

El efecto del cristianismo sobre la enfermería ha sido definitivo, influyendo en la formación de las enfermeras y confiriendo a los cuidados actitudes y valores (espirituales y religiosos) presentes durante mucho tiempo. Para Santo Tomás [5], el cuidado de los enfermos se aborda desde planteamientos caritativos porque la caridad es un precepto cristiano y los pobres y los enfermos, por ser considerados como la imagen de Dios, ocupan un lugar predominante en el cumplimiento de estos preceptos.

En los principios de la formación y práctica de la enfermería, que desarrolla Nightingale y que se estudian más adelante, están presentes aspectos que se derivan de esta ideología.

Parte de la indumentaria reciente de las enfermeras (cofia, manguitos, y en general el tipo de uniformes) se asemejaba bastante a los hábitos de las monjas y la creencia, hasta no hace mucho tiempo generalizada, de que para hacer enfermería había que tener vocación será la base ideológica que va a sustentar su quehacer cotidiano [16].

Como se apuntaba al principio, es fundamentalmente la sociedad la que hace a sus integrantes, que adoptan en cada momento la forma que es posible. Así la importancia que el cristianismo y las comunidades religiosas han tenido en el cuidado de los enfermos ha ido calando en las formas de tratar a quienes requerían de cuidados y en las maneras de ofrecérselos. Esto ha provocado que el estilo de las monjas de realizar los cuidados, haya sido durante mucho tiempo un modelo de referencia para las enfermeras, en-



Grupo de estudiantes celebrando en la capilla su "Imposición de Tocas", 1968

contrando en él los fundamentos para el trato humanitario (en el sentido caritativo), dando significación a la higiene, el consuelo y las prácticas religiosas en la asistencia.

En cuanto a la influencia en la formación enfermera, puede decirse que los valores espirituales y religiosos han estado presentes prácticamente hasta la integración de los estudios de enfermería en la universidad.

Por ejemplo, las normas generales de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos (de 1953 a 1972) establecían el régimen de internado para las estudiantes. En la mayoría de las escuelas se requerían para el ingreso una serie de cartas de presentación por parte de personas de reconocida moral que avalaran la rectitud y vida ordenada de las aspirantes. Al iniciar la formación se hacía el juramento *"de llevar una vida pura y ejercer la profesión con devoción y fidelidad"* y se recomendaba la asistencia a misa diaria.

En la mayoría de estas escuelas se iniciaba la jornada, compuesta de clases teóricas y prácticas clínicas, con el ofrecimiento de obras en la capilla, pidiendo guía a Dios para adquirir las virtudes imprescindibles para una buena enfermera: disciplina, sobriedad y orden moral.

A modo de conclusión hay que tener presente que la enfermería religiosa fue posible en las circunstancias de referencia y que algunas de sus motivaciones éticas fueron inductoras de un cierto desarrollo profe-



sional. De la misma manera hay que reconocer que los valores del cristianismo, en nuestra cultura, han marcado una manera de entender y hacer de la enfermería.

### La influencia del género

Para comprender la evolución de la enfermería es fundamental comprender el papel y evolución de la mujer en la sociedad. Donahue [11] dice: "la historia de la enfermería es esencialmente la historia de la mujer". Para esta autora, el desarrollo de la enfermería ha evolucionado paralelamente a los movimientos de liberación de la mujer.

En España, el movimiento de liberación de la mujer tiene sus inicios con la dictadura de Primo de Rivera. En 1924 se consigue el derecho al voto, aunque con algunas restricciones, y la posibilidad de ejercer todas las profesiones. Posteriormente, durante la República continúan las reivindicaciones de la mujer, una de sus máximas representantes es Clara Campoamor. En tiempos de la dictadura este movimiento decae, al igual que otros, y es a partir de los años setenta cuando se reactiva coincidiendo con la declaración por la Organización de Naciones Unidas del año 1975 como "Año Internacional de la Mujer". En este año se celebran en Madrid, en la clandestinidad, las primeras Jornadas para la Liberación de la Mujer, movimientos que continúan hasta nuestros días. Cuando en las páginas siguientes se trata sobre la evolución de la profesión en nuestro país, se puede observar que también en España la evolución de la enfermería ha estado ligada a la evolución de las reivindicaciones de la mujer, como afirma Donahue.

En todos los tiempos a lo largo de la historia, ha existido una división de las responsabilidades y del trabajo en el grupo de referencia y en la estructura social. En esta división a las mujeres se les han asignado, también simbólicamente, las actividades de reproducción y las funciones hogareñas, en función del sexo, tanto en el ámbito familiar como en el social.

La enfermería dentro de esta organización asimétrica, en la que la mujer ha sido relegada al ámbito de lo doméstico, ha sido una práctica adscrita a la mujer. Es por esto fundamental conocer la dimensión social que ha tenido "la feminización de la enfermería" en

la evolución de la profesión. Para Donahue [11], las prácticas de cuidados, desde siempre, son particularidades específicas de cada grupo o tribu y han sido actividades de las madres y esposas. Las mujeres, tradicionalmente, han sido quienes se han ocupado de cuidar a los niños y niñas, ayudar a sus convecinas en el parto y en las tareas de la crianza y simultáneamente de enfermos, viejos e incapacitados.

Hasta hace poco ha existido la creencia generalizada de que la mujer, por razones biocognitivas y socioculturales, está más capacitada que el hombre para el cuidado de otras personas. Durante mucho tiempo se ha creído que las mujeres estaban más dotadas para desarrollar características que son positivas para los cuidados de salud como son el sosiego, la tranquilidad, la dedicación y disponibilidad para con los otros, etc., y los valores que socialmente se les dan a los cuidados tienen que ver con éstos que se les supone intrínsecos de la mujer. Actualmente, estas ideas están siendo contestadas por autores, como Giddens [17], que ponen de manifiesto que las diferencias en los comportamientos se desarrollan principalmente mediante el aprendizaje social de las identidades en función del sexo. Según este autor, las mujeres se describen a sí mismas en términos de sus relaciones personales y sus logros adquieren sentido cuando se relacionan con su capacidad para ayudar a otros. Desde este planteamiento son para los hombres cuidadoras y compañeras, sin embargo las cualidades necesarias para desarrollar estos papeles son infravalorados por los hombres quienes consideran que el logro individual es la única manera de conseguir el éxito. En un estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas de mayo de 1991, dirigido por Luis Rodríguez, se señalan como valores que se identifican con características masculinas, la responsabilidad, la capacidad, la disciplina y la competitividad y con características femeninas, la laboriosidad, la creatividad, la fidelidad, la sinceridad y sobre todo la sensibilidad.

Desde siempre se ha considerado la enfermería como una profesión de mujeres, y mayoritariamente ha sido y es ejercida por mujeres, lo que tiene repercusiones de gran transcendencia para el desarrollo de la profesión. Según aparece en el *Libro blanco. La aportación de la enfermería a la salud de los españoles. Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional Meta 2005 macro-estudio de base*, del Consejo General de Enfermería, marzo





En esta foto se recoge una situación de los años 70, en la que se pone de manifiesto la relación desigual de mujeres enfermeras y hombres enfermeros. Proporciones muy similares podemos encontrar actualmente en cualquier medio (hospital o centro de salud)

1998, los hombres representan un 16'3% del total de profesionales. Es, por tanto, fundamental el estudio de la evolución de la enfermería desde un análisis con perspectiva de género, pues al estar la historia de la enfermería íntimamente relacionada con la historia de las mujeres y ocupar éstas una posición secundaria en todos los órdenes sociales, es difícil analizar y entender la evolución de la enfermería sin considerarla de las mujeres.

Para Collière [1] la identificación enfermera-mujer está presente en la evolución de la enfermería como una característica en sí misma y añadida a su relación con lo religioso y lo médico. Esta autora describe tres grandes formas de identificación: "*los cuidados de la mujer, de la (mujer) consagrada, y de la (mujer) auxiliar del médico*".

Esta identificación enfermera-mujer ha colocado en un segundo lugar a la enfermería en la sociedad y a las enfermeras en relación con los grupos, fundamentalmente la medicina, con los que comparte responsabilidades. Según Buxó [18], en todas las culturas el sexo es lo que determina las diferencias sociales más profundas. Para esta antropóloga, son siempre más específicas que las diferencias que se establecen por la edad, la etnia, o la clase social y cobra un papel más destacado que éstas en las diferentes organizaciones sociales. Dentro de cada cul-

tura la mujer ocupa, en su grupo de referencia, una posición social inferior a la de los hombres, ya sea por la etnia, la clase social, la profesión, etc.

La relación tradicional enfermería-profesión femenina puede analizarse desde dos hipótesis que son la base para el análisis que posteriormente se realiza. Éstas son:

- Es considerada como una práctica femenina porque trata de los cuidados de salud de las personas (hasta hace poco fundamentalmente enfermos) y se considera a la mujer más delicada en el trato, abnegada en el servicio, con mayor disponibilidad para con los otros, sensible en el aspecto de reconfortamiento espiritual, etc.
- Porque en sus orígenes se practicaba en el ámbito de lo doméstico, porque el cuidado es una actividad doméstica, y este ámbito socialmente ha sido adjudicado por tradición a la mujer. Lo doméstico no es objeto de valoración social ni tiene valor económico, por esto, todo lo relacionado con ello va a ser objeto de poca consideración.

Esta realidad está cambiando y el fenómeno de la incorporación de los hombres a la práctica de la enfer-



mería demuestra que, actualmente, el ámbito social en el que se desarrolla ha evolucionado y no limita a los profesionales por su sexo ni por ningún otro condicionante cultural. La sociedad es diversa y heterogénea y en la enfermería debe reflejarse esta diversidad. Según se demuestra en un estudio del Instituto de la Mujer en el que se comparan actividades que realizan mujeres y hombres en los años 1986 y 1992, se observa que se tiende a la realización de actividades de manera indistinta por unas y otros y, lo que es más importante para llegar a una sociedad igualitaria, de forma compartida por ambos.

Las actividades que conllevan los cuidados se asumen por mujeres en el ámbito familiar donde se ofrece la asistencia, atención y cuidado para un buen desarrollo de sus integrantes (por ejemplo preparar y facilitar la alimentación más adecuada con independencia de la edad, estado de salud, actividad de la persona, etc.). Cuando algún miembro de la familia padece una enfermedad, se puede decir que siempre se ha pensado y se ha dado por hecho como ideal el papel de la mujer, madre, hija, hermana, para cuidar de los pequeños, los mayores, los que no pueden, en definitiva de los demás.

Desde las sociedades prehistóricas, las prácticas relacionadas con los cuidados han estado siempre asignadas a la mujer. Para la supervivencia de la especie ha sido fundamental la reproducción, la crianza y la socialización infantil, así como la utilización y transmisión cultural del uso de elementos fundamentales para el mantenimiento de la vida como son el fuego, el calor, la alimentación, etc., y todo ello ha estado a cargo de la mujer.

En esta diferenciación de funciones en la sociedad, la enfermería se ha identificado con un rol de género asignado a la mujer. El término género es un concepto que está siendo objeto reciente de estudio, y se entiende como la construcción e interpretación social y cultural que se hace sobre lo que caracteriza de forma diferenciada al hombre y a la mujer. Las diferencias existentes entre mujeres y hombres son de carácter biológico (sexo) y de carácter social (género).

Los roles de género han evolucionado a lo largo del tiempo y son diferentes en los distintos grupos sociales pues se van configurando en orden a factores económicos y de estratificación social. Aunque según Kottak [19], entre las variaciones existentes es

desconocido en la etnografía el matriarcado, Buxó [18] destaca que no se sabe de ninguna cultura en que la mujer haya sido reconocida como socialmente superior al hombre. El matriarcado sería, en caso de llegar a existir, la sociedad gobernada por mujeres. A veces este término se utiliza para referirse a la dependencia familiar de la mujer, sobre todo la dependencia de los hijos, pero el sentido que se le da en este texto es un sentido social.

Hay estudios que describen cómo en sociedades horticultoras o en situaciones de conflicto bélico, o de fuerte desarrollo industrial, las mujeres han tenido un papel muy activo y su trabajo ha sido transitoriamente objeto de reconocimiento y valor social. Sin embargo, cuando desaparece la necesidad social, la mujer vuelve a ser necesaria sólo en el espacio doméstico que históricamente se le ha asignado. Durante la Segunda Guerra Mundial, las mujeres trabajaban en fábricas, ocupaban puestos y desarrollaban oficios para los que antes y después parecían no capacitadas. Después de terminada la guerra se les requirió para que volvieran al hogar, a ocuparse del cuidado de los suyos. Aunque también es necesario apuntar que, a veces, estas situaciones han consolidado avances para el papel social de las mujeres.

El papel activo y el poder en la sociedad han sido cosa del hombre. Los estereotipos de género están bien diferenciados. Entre hombres y mujeres se han repartido los roles sociales con espacios y creencias de prestigio bien distintos. Se trata de la división del trabajo, lo que Murillo [20] describe como *"lo de dentro para la mujer y lo de fuera para el hombre"*.

Los roles masculinos están estereotipados con lo activo, lo público y fuerte, mientras que los roles femeninos responden a estereotipos relacionados con lo pasivo, doméstico y débil. Estos estereotipos se reflejan en los roles de la atención a la salud. Durán [21] diferencia entre los roles sociales de la mujer y el hombre y atribuye lo público del hombre como reconocimiento social. El espacio de lo privado y doméstico de la mujer como actividad con poco reconocimiento social no se ha considerado objeto de conocimiento y se ha despreciado, aparece asociado a la noción de servicio, de gratuidad e invisibilidad hasta mediados del siglo XX. Lo doméstico está condenado a lo que las estudiosas de este tema califican como *"invisibilidad"* y, por tanto, al desconocimiento, desconsideración y a ser obviado.



Durante mucho tiempo esta diferenciación de roles se traduce en la práctica de la medicina por los hombres y de la enfermería por las mujeres con repercusiones que analizaremos en el efecto que ha tenido la medicina en la enfermería y la evolución del conocimiento.

La influencia de los estereotipos de género interviene en la adquisición de conocimientos, comportamientos y en las relaciones con otros. El cuidado y atención a otros son funciones básicas que se relacionan y adquieren una identidad femenina.

La socialización y adquisición de roles se aprenden y desarrollan desde los procesos de socialización primarios en la familia, después se consolidan en los grupos de pares. Las primeras tareas que se asignan a las niñas tienen que ver con asumir el rol de la madre dentro del ámbito de la casa o la comunidad, esto es, desde cuidar a los hermanos más pequeños, hasta los procesos más complejos, como el desarrollo de actitudes que tienen que ver con lo que se consideran valores de mujer, como es callar y saber escuchar, identificados tradicionalmente con valores femeninos [22].

Hasta la década de los ochenta ha sido habitual la orientación de la formación y preparación de la mujer hacia profesiones relacionadas fundamentalmente con la ayuda al otro como extensión de lo doméstico, y tipificadas como actividades femeninas: enfermera, secretaria, maestra, trabajadora social, etc., y el desarrollo de valores como la disciplina, discreción, humildad, etc., actitudes que durante mucho tiempo han estado presentes y se han reforzado en la formación enfermera.

Según Medina [13], la enfermería ha sido una disciplina esencialmente femenina que se ha desarrollado en relación con la disciplina médica, esencialmente masculina. Esto ha dado lugar a unas relaciones de poder, de subordinación de la enfermería a la medicina y de control de la disciplina dominante hacia la dominada a todos los niveles, formación práctica, desarrollo del conocimiento, etc. En cuanto a la formación, según este mismo autor, para ser enfermera se ha considerado simplemente la necesidad de ser entrenadas, mientras los médicos deben ser educados. Preparación que se ha creído suficiente hasta hace unas décadas. En la actualidad, la aportación profesional de las enfermeras a la salud de la pobla-

ción exige de una formación sólida y específica, que por otra parte posibilita el nivel de desarrollo de la disciplina enfermera.

Durante la formación como Ayudantes Técnicos Sanitarios, prácticamente mientras ésta existió y en la mayoría de las escuelas, la formación de mujeres y hombres fue diferente. Las mujeres realizaban sus estudios en régimen de internado (hasta 1972 no se aprueba el régimen externo en las Escuelas Femeninas de Ayudantes Técnicos Sanitarios del Instituto Nacional de Previsión), en escuelas integradas en hospitales y con asignaturas específicas como labores, gimnasia, etc. Los hombres lo hacían en régimen externo, en escuelas ubicadas en las facultades de medicina y con asignaturas específicas, como Medicina Legal.

La identificación de la mujer con los cuidados influye en la enfermería de manera doble:

- Por una parte porque se identifican los cuidados con una responsabilidad intrínseca a la mujer, circunscritos tradicionalmente al ámbito de lo doméstico y de características naturales: la mujer es madre, hija, esposa de..., y cuida de ellos más que de ella misma porque su responsabilidad está en el cuidado de otros.
- Al estructurarse la sociedad y existir la organización y distribución de roles, lo relacionado con el cuidado, la enfermería, es asumida por mujeres, y en esta distribución con la enfermera mujer se repiten los roles de la mujer doméstica, pasando a ser competencia de otro, del médico, más que de su objeto de atención, el enfermo, la persona, el paciente, el cliente... [13].

La identificación del rol enfermero con el rol femenino ha condicionado el desarrollo y evolución de la enfermería, situándola socialmente en un tratamiento discriminatorio que va desde la creencia de que las mujeres no necesitan, o no son merecedoras o no tienen capacidades para llegar a tener una formación, hasta haber sido objeto de menos oportunidades, peores condiciones de trabajo y menor reconocimiento social [23].

Brullet [24] diferencia distintos modelos en la división del trabajo en función del género, y según éstos, la enfermería ha estado, hasta recientemente, en el má-



discriminado, en el que denomina Teoría de Déficit Innato o Genérico, que se caracteriza por la orientación que reciben las mujeres para desempeñar los papeles que se esperan de ellas. Así la enfermería, por el hecho de ser un espacio destinado a la mujer durante mucho tiempo, ha tenido una formación segregada por razón de sexo, para así perpetuar los roles que se pretenden de ella. En España, hasta 1976, no se establece por Real Decreto el carácter mixto de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

El trabajo de Nightingale abrió importantes caminos, no sólo para la enfermería sino para todas las mujeres, por el impacto que causó su trabajo en una sociedad como la victoriana y en un momento social en el que las mujeres centraban sus esfuerzos en conseguir el derecho al voto.

Un aspecto sobre el que es necesario reflexionar es que las mujeres comparten las responsabilidades profesionales con las derivadas de la familia, y las obligaciones familiares provocan muchas veces el abandono de la profesión, según apuntan Martín-

Moreno y de Miguel [25] hasta un 50% a lo largo de la vida profesional. Lagarde [26] lo describe como ser para y ser de los otros. Este fenómeno dificulta también el desarrollo de la profesión, pues en muchos casos significa el abandono en un momento de madurez en el que se estaría en condiciones de hacer las mejores aportaciones profesionales.

### La influencia de lo bélico y militar

El desarrollo cualitativo, y sobre todo cuantitativo de la enfermería se encuentra unido, muchas veces, a las épocas en las que han existido guerras por el aumento de las necesidades de cuidados de salud que se producen al haber un incremento de las demandas de cuidados de quienes caen heridos.

Los orígenes los encontramos en las cruzadas, las invasiones y peregrinaciones que dan lugar a que quienes participan en estos acontecimientos tengan una serie de problemas de salud y necesidades de atención. Aparecen órdenes hospitalarias militares y los primeros hospitales para enfermos y peregrinos.



Enfermeras de la Cruz Roja en conflicto bélico



Las innumerables cruzadas que tuvieron lugar en toda Europa durante la Edad Media tenían como finalidad la propagación del cristianismo y la defensa de Cristo frente a los infieles, aunque quienes participaban también estaban motivados por otros fines: políticos, económicos y de aventura. Las órdenes militares de enfermería surgen alrededor de las cruzadas para dar respuesta a las necesidades de cuidados de los heridos y enfermos.

Los Caballeros Hospitalarios y los Teutónicos formaron órdenes de mujeres, sin los mismos derechos que los caballeros. Las enfermeras en las órdenes militares se guiaban por la obediencia y el rango, orientando su actuación sobre estos valores de subordinación, y configurando a su forma de relación un estilo militar que se va a reforzar cada vez que participan en el cuidado a los heridos en los conflictos bélicos.

En los distintos países y épocas, cuando han existido guerras, las enfermeras se han incorporado al cuidado de los heridos bien voluntariamente, bien reclutadas, o formadas especialmente para este objetivo.

Al tratar sobre la relación de la enfermería con los conflictos bélicos es necesario referirse a la Cruz Roja. Esta institución ha tenido un papel importante en el desarrollo de la enfermería primero reclutando mujeres para asistir a los heridos de guerra, y más tarde en la formación de enfermeras. Las escuelas de la Cruz Roja gozaron de gran prestigio durante mucho tiempo y hoy todavía sigue vigente alguna de ellas. Aunque esta institución tiene un carácter fundamentalmente filantrópico, pues su fundador Dunant era un hombre de talante humanitario, tanto su finalidad como sus actuaciones han estado ligadas a los conflictos bélicos desde la batalla de Solferino (1859), pues fueron las necesidades de atención de los heridos de esta guerra las que motivaron su creación, y los valores militares han influido en su organización.

En España, con motivo de la Guerra Civil (1936-1939), se produce un fuerte incremento de las necesidades de enfermeras. Durante este periodo además se suspende la formación formal existente de practicantes, enfermeras y matronas. Por esto se forman específicamente enfermeras para atender a los heridos: enfermeras militares (enfermeras de socorro rojo en la zona republicana y damas enfermeras de militares en la zona nacional), enfermeras de guerra y enfer-



Florence Nightingale (1820-1910). (Monumento en Londres) —

meras de campaña. A estas enfermeras posteriormente se les reconoce su estatus como tales y se incorporan a los diferentes sistemas de atención a la salud.

La Falange Española Tradicionalista y de las JONS fue una institución con un papel predominante en la formación de enfermeras. La Regiduría de la Sección Femenina formó en los años cuarenta a cientos de enfermeras. Según consta en su anuario de 1944, había que capacitar a las camaradas como enfermeras para las acciones encomendadas por el Caudillo. La Delegación Nacional de Sanidad se ocupó del cuerpo de enfermeras, que tuvo como misión ayudar en la lucha contra la mortalidad infantil. A través del Ministerio del Ejército se formaron enfermeras para asistir a los heridos de guerra, a las que se les encomendó *“asistir, distraer y hacer felices en su convalecencia a los heroicos soldados de la Guerra Civil y más tarde a los de la División Azul”*.

Después la Falange Española Tradicionalista y de las JONS fundó su propia escuela en Madrid, Nues-



tra Señora de la Almudena, que funcionó hasta la incorporación de los estudios en la Universidad. Sus valores militaristas e ideológicos estuvieron presentes en la formación de las enfermeras aunque, afortunadamente, con el tiempo fueron perdiendo fuerza estos valores.

Un ejemplo de los principios que servían como referente ideológico lo podemos encontrar en palabras de Pilar Primo de Rivera, responsable de las mujeres de esta organización (la Sección Femenina de la Falange), que en 1942 decía: *"Las mujeres nunca descubren nada; les falta, desde luego, el talento creador, reservado por Dios para inteligencias varoniles; nosotras no podemos hacer nada más que interpretar, mejor o peor, lo que los hombres nos han dado"*. Una vez más, comprobamos como se unen y potencian entre sí los aspectos religiosos y femeninos en la evolución de la profesión, dificultando su desarrollo.

Hay formas y costumbres militares adquiridas de la relación con el mundo militar que entraron en la enfermería y que han permanecido entre sus manifestaciones. Terminología como el puesto de enfermeras, dar el parte, hacer vela, órdenes de, etc., son parte del vocabulario familiar en la comunicación cotidiana entre enfermeras y que sin duda recuerdan a expresiones militares [16].

La actividad de Florence Nightingale es también representativa de la práctica enfermera en los conflictos bélicos. Esta enfermera organizó y lideró los cuidados enfermeros en los hospitales de campaña de Scutari y Balaklava, teniendo que contemporizar entre los valores que motivaban su actuación y los militares, como veremos posteriormente.

La relación poder-rango-nivel se ha puesto de manifiesto para marcar el estatus de las estudiantes por curso en las escuelas y de las enfermeras en los hospitales. Hasta no hace mucho tiempo, el rango de las estudiantes en algunas escuelas, se relacionaba con el número de cintas (galones) que se llevaban en la toca. Las estudiantes de primer curso no solían llevar ninguna cinta; las de segundo curso, lucían una cinta (habitualmente azul y situada en la parte delantera); y las estudiantes de tercer curso, dos cintas. Con las enfermeras en los hospitales ocurría algo similar, para significar a quienes tenían más estatus, las supervisoras. Actualmente (año 2000), existen hospitales en los que se distingue el nivel de responsabilidad de las

enfermeras por el color del cinturón, blanco las enfermeras y azul las supervisoras. Cabe hacerse la pregunta sobre si la diferenciación se pone también de manifiesto en el liderazgo que sobre los diferentes campos de cuidados enfermeros se ejerce.

Cuando las enfermeras se han incorporado a los hospitales militares o de campaña ha ocurrido algo similar a cuando lo han hecho las mujeres en general por otras necesidades sociales a otras áreas (industria, agricultura, etc.), que asumen transitoriamente responsabilidades y funciones, normalmente atribuidas a los hombres. En épocas de conflicto, las enfermeras en los hospitales militares asumen funciones más amplias y al terminar el conflicto, las vuelven a perder.

### La influencia de la medicina

Las prácticas que hoy se reconocen como enfermería y medicina han estado presentes en todas las sociedades a lo largo de la historia, aunque como ya se señalaba anteriormente, en sus orígenes y durante mucho tiempo sin que existieran diferencias claras entre ambas. Cuando comienzan a diferenciarse, al seguir ambas actividades interrelacionadas en ámbitos comunes y relacionadas a su vez con la salud y la enfermedad, se han producido innumerables vínculos de unión entre las dos profesiones.

Esta relación ha sido tradicionalmente de dependencia, de subordinación de la enfermería a la medicina. Socialmente el rol-estatus enfermero es considerado dependiente del rol-estatus médico, y tiene al menos dos explicaciones clave:

- Como consecuencia de la división del trabajo en función del sexo (tratada anteriormente) que se refleja en comportamientos y actitudes, que son denominados como de superioridad en los estudios de género por parte de los médicos individualmente y/o como grupo.

Hasta muy recientemente, la imagen física que se esperaba encontrar de una enfermera era femenina y de un médico era masculina. Durante un tiempo, la incorporación de hombres a la práctica enfermera era en áreas muy concretas, ocurriendo algo muy similar con la incorporación de las mujeres a la medicina.



Cuando por fin tienen acceso los enfermeros a los hospitales, en la década de los años sesenta, (teóricamente en igualdad de condiciones que las enfermeras), lo hacen en servicios como laboratorios, radiología, etc., y las médicas en pediatría, laboratorios, etc. Es el proceso lógico hasta la situación deseada, a la que estamos llegando, en la que el sexo no imponga ni limitaciones ni ventajas [27].

- La identificación y desarrollo de dos saberes, el saber médico y el saber enfermero, que son ideológica y estructuralmente distintos desde sus orígenes. El médico, desde sus inicios, con Hipócrates, se ha identificado con el saber y ha desarrollado conocimientos. El primitivo médico transmitía su saber de manera hermética sin que este saber trascendiera a la sociedad.

El papel de quienes pueden identificarse más con la enfermera a lo largo del tiempo, parteras, matronas romanas, diaconisas, etc., por el contrario, ha sido menos místico, más terrenal. Sus conocimientos eran públicos y no exotéricos, eran transmitidos abiertamente. Han sido cuidados efectivos a la persona enferma que conducían a mejorar su estado de salud aunque de forma poco espectacular. La eficacia de estos cuidados se pone de manifiesto si se analiza el papel de improvisadas enfermeras en épocas de epidemias y conflictos bélicos con los enfermos y heridos que sin duda contribuyeron a que no se diezmaran aun más las poblaciones.

Estas diferencias en los saberes hermético, inescrutable y lejano de la medicina; abierto, llano y del dominio público de la enfermería, han presentado al médico ante la sociedad con una imagen fuerte, imprescindible, pues si faltaba él, faltaba su poder y la comunidad se sentía desamparada frente a la vulnerabilidad de la salud de sus miembros.

La enfermería era, y hasta cierto punto sigue siendo, una cosa cercana, sus actuaciones son visibles, una gran parte de sus acciones tienen lugar de la piel hacia afuera de quienes las reciben, en definitiva, se considera que cualquiera puede ser enfermera porque cualquiera puede cuidar.

Para Donahue [11], desde los pueblos primitivos existen, aunque no está clara la relación exacta entre ambos, las cuidadoras prácticas (enfermeras) y los curanderos o sacerdotes (médicos). Para esta autora, si la cuidadora recibía órdenes del curandero, y es de suponer que así fuera, la relación sería representativa de dependencia.

En cierta medida todavía existen relaciones de poder entre la enfermería y la medicina, y éstas se ponen de manifiesto en actitudes de subordinación por parte de la enfermera y de autoritarismo por parte del médico. Las causas de este tipo de relaciones están, por una parte, en los roles de género tradicionales que se analizaban anteriormente y, por otra parte, en la falta de identificación y fundamentación del campo disciplinar enfermero por parte de quienes caen en la sumisión. La vía de solución se encuentra en la fundamentación de las acciones profesionales en el cuerpo de conocimientos enfermeros que dé sustento a las decisiones.

Según apunta Medina [13], entre la enfermería y la medicina se establecen roles que reproducen los papeles familiares, lo que este autor describe como la familia hospitalaria, padre-médico, hijo-enfermo, y se esperan de ella, madre-enfermera, los comportamientos típicos de la esposa: apoyo para el trabajo y desarrollo del hombre. Los comportamientos son complementarios, pero la enfermera como la mujer, siempre ejerce haciendo dejaciones en beneficio de los otros, como se veía en páginas anteriores [17].

Los primeros textos destinados a la formación de practicantes, matronas y enfermeras son elaborados por médicos y, según destaca Santo Tomás (1995) [5] refiriéndose a un compendio de Anatomía, se puede apreciar la preocupación del autor por desarrollar en quienes va dirigido "*condiciones o prendas morales casi las mismas que en el médico*", lo que significa, consolidar una relación de dependencia desarrollando los mismos valores, pero eso sí, minimizados.

Collière [1] describe esta forma de identificación de la enfermería bajo la denominación de "(mujer) enfermera-auxiliar del médico", y la sitúa en el tiempo comprendido entre principios del siglo hasta finales de los años sesenta.



Esta imagen recoge una situación de principios de siglo. Se puede ver cómo una enfermera sostiene al niño mientras un grupo de médicos le observa y aplica tratamiento, al tiempo que otros parecen estar recibiendo instrucciones.

No sería justo terminar este apartado sin reconocer que en ocasiones son las propias enfermeras quienes se han acercado a los médicos para así tratar de conseguir prestigio social, y la enfermería ha dejado a un lado los aspectos relacionados con los cuidados de la salud delegando éstos en las auxi-

liares de enfermería, tratando así de identificarse con las técnicas derivadas del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, intentando, además, repetir formas de organización médicas, como las asociaciones profesionales en función de las especialidades médicas.





## Resumen

- En este capítulo se ha presentado la evolución que ha ido experimentando la enfermería a lo largo de la historia, ligada a la consideración que han tenido los cuidados de salud de la persona por ser ésta la razón de ser de la profesión enfermera.
- El análisis ha sido planteado desde una perspectiva sociológica, tratando de considerar los diferentes fenómenos que han intervenido en la configuración de la enfermería y de las enfermeras en los distintos periodos de la historia. Entre la sociedad y los componentes que la conforman existe una estrecha relación de influencia mutua: por una parte, la sociedad influye en la configuración que adoptan sus distintos componentes en un momento determinado, así como su evolución a lo largo del tiempo; y por otra parte, estos componentes actúan como agentes de cambio social, es decir, tienen una importante influencia en la evolución que experimenta la sociedad. Para tener una visión completa del desarrollo de la enfermería a lo largo de su historia es necesario tener en cuenta cómo ha influido en ella el contexto social en el que se inscribe, puesto que éste constituye un elemento determinante de su evolución.
- El capítulo comienza con un análisis de los aspectos más generales que influyen en la evolución de la enfermería (la organización social), posteriormente se profundiza en aspectos más concretos, como las concepciones sobre la salud y la enfermedad y las formas de abordarlas, y por último analiza los elementos de la propia enfermería que van determinando su imagen, contribución social, desarrollo y evolución.
- En el desarrollo de todo el capítulo se han tratado de relacionar los fenómenos que se considera que pueden intervenir en el proceso de construcción de la profesión enfermera, pues este conjunto de fenómenos actúan como un todo. La atención que se ofrece es de determinada manera porque se tiene un concepto determinado de salud, y las enfermeras actúan en función de su preparación, una preparación que también está condicionada por el tipo de atención que se espera que ofrezcan desde la concepción de salud que se tiene. Por otra parte, la enfermería trata de incorporar avances en su práctica y formación, pero siempre condicionada por el entorno.
- Para el estudio de este capítulo se recomiendan dos métodos: el primero consiste en seguir el desarrollo establecido que, como se apuntaba, parte de los aspectos más generales hasta llegar a los más concretos, siguiendo un sistema cronológico con relación a las diferentes épocas de la historia. En segundo lugar, y como sistema complementario al anterior, se recomienda relacionar las diferentes partes de los contenidos y analizar cómo los diferentes tipos de organización social dan lugar a distintos tipos de atención a la salud, que a su vez depende de las concepciones de salud y enfermedad, y así la enfermería adopta una forma, un estilo, de hacer enfermería y desarrollar su propio conocimiento y proceso de profesionalización.
- Tratar de vincular el análisis de la enfermería con el de la sociedad desde una perspectiva plenamente objetiva resultaría un objetivo prácticamente inalcanzable, pues nuestra propia concepción de la sociedad nos influye al elaborar cualquier tipo de análisis. Por tanto, la visión que en este capítulo se ofrece de la enfermería y la sociedad se plantea en ocasiones desde una perspectiva subjetiva, lo que implica una interpretación personal de la realidad que puede ser compartida o no por el lector.

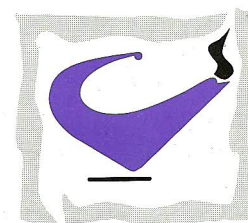
# Institucionalización de la enfermería como profesión

# 2

## Objetivos

- Describir la evolución del conocimiento enfermero con relación a la evolución del conocimiento científico.
- Analizar las relaciones entre la evolución de la concepción de salud y el conocimiento enfermero.
- Analizar el proceso de profesionalización de la enfermería, considerando los elementos que han influido en este proceso.
- Conocer el proceso de profesionalización de la enfermería en nuestra realidad.
- Describir la situación actual de la profesión enfermera.
- Describir los elementos que identifican a la enfermería como disciplina.
- Analizar la importancia de la investigación en el desarrollo disciplinar.

Cristina Francisco del Rey  
Esperanza Ferrer Ferrandis  
M<sup>a</sup> Amparo Benavent Garcés





## INTRODUCCIÓN

En este capítulo se trata de profundizar en el proceso de profesionalización de la enfermería propiamente dicho para analizar y comprender la situación actual. Posteriormente se exponen los elementos que caracterizan a la enfermería como disciplina, aspectos estos últimos que se corresponden con los contenidos específicos de este texto.

Los conceptos de profesión y de disciplina están íntimamente relacionados, lo que a veces provoca que sean utilizados indistintamente, sin embargo, en la configuración de una actividad representan significados diferentes, uno y otro se complementan. Al referirnos a la disciplina enfermera, nos estamos refiriendo al conocimiento enfermero, desarrollado científicamente desde la perspectiva de la enfermería, conocimiento que es reconocido por la comunidad científica. Cuando nos referimos a la profesión enfermera, nos estamos refiriendo al ejercicio de la práctica de la enfermería, basada en los conocimientos disciplinares. Es por tanto necesario que el desarrollo disciplinar se adelante a la práctica profesional ofreciendo así las explicaciones que fundamenten a ésta. En este capítulo se pone un énfasis especial para diferenciar ambas conceptualizaciones, que, por otra parte, van a facilitar la comprensión de la globalidad de este texto.

Si bien en la evolución de la enfermería, primero como ocupación y más tarde como profesión, intervienen múltiples aspectos que ya han sido desarrollados en el capítulo anterior, en esta parte se aborda el proceso de profesionalización desde la perspectiva de la evolución del conocimiento en el que sustenta su práctica, entendiendo que tanto para la construcción de este conocimiento como para su adquisición y aplicación han sido determinantes tanto los elementos del contexto general en los que tiene lugar la enfermería (corrientes de pensamiento, concepto de salud, tipo de atención que se ofrece, etc.) como las características propias de la profesión y de sus componentes, que como se analiza anteriormente la configuran de manera específica. Sobre esta base se desarrolla su práctica. A lo largo del capítulo se pone de manifiesto la importancia de la formación específica para su ejercicio y el reconocimiento por ello que es lo que la caracteriza como profesión.

## LAS CORRIENTES DE PENSAMIENTO Y EL CONOCIMIENTO ENFERMERO

Tanto la construcción del conocimiento enfermero como la adquisición de este conocimiento han estado condicionados por las concepciones de salud y enfermedad y el tipo de atención que se ofrece a la persona y por los aspectos que han influido en el proceso de evolución de la enfermería. Collière [1] apunta hacia "la doble filiación femenina y religiosa de la profesión" como causas por las que las enfermeras se han mantenido alejadas del saber pues, ni como mujeres ni como religiosas, eran merecedoras de conocimiento, lógicamente no iban a serlo las enfermeras que reúnen las dos condiciones. Pero aún más, a estos dos aspectos, femenino y religioso, hay que añadir su relación con la medicina que, por una parte, se convierte en su "benefactora" y decide qué es lo que necesita saber y qué lo que no debe saber y, por otra parte, depende de ella para sus actuaciones. Además, está la diferencia de la naturaleza de conocimientos de una y otra (Ver Tabla 1).

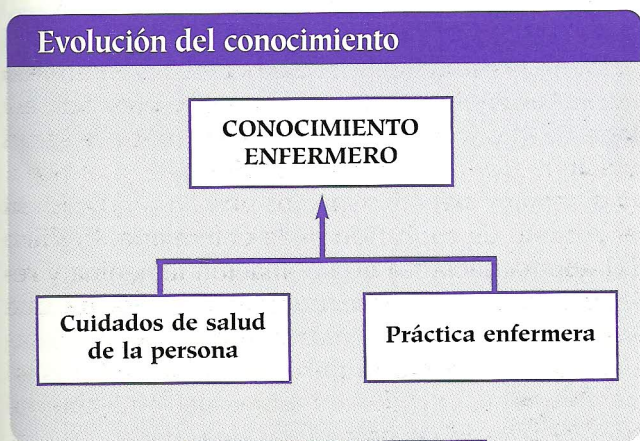
Tabla 1.



Tradicionalmente se ha considerado a la mujer sin derecho a la formación, desde Santo Tomás de Aquino, que consideraba al hombre dotado para la noble obra de desarrollar la inteligencia y a la mujer no, hasta la actualidad, como lo demuestran los estudios de Moreno [2].



Tabla 2.



El conocimiento enfermero (ciencia o saber) encuentra su origen en la idea de los cuidados de salud de las personas y los grupos. Su construcción y evolución han ido parejas a la evolución general del conocimiento. La propia evolución de la ciencia y las corrientes de pensamiento científico han determinado el devenir de la construcción del conocimiento enfermero, al igual que el relacionado con otras áreas.

Esta evolución ha estado definitivamente marcada por la influencia de la propia naturaleza de lo que es su área de interés, los cuidados de salud de la persona (que se desarrollan en el siguiente capítulo), y por los elementos, ya estudiados, que, como se ha visto, han condicionado la evolución de la enfermería.

El objeto de conocimiento enfermero se ocupa de algo esencial pero aparentemente poco importante, los cuidados de salud de la persona y los grupos, pues cuando se cubren normal y autónomamente no se valoran ya que forman parte de la cotidianidad de la persona. Sin embargo, cuando se necesita ayuda para satisfacerlos produce un cierto pudor hacerlos visibles por pertenecer al área de lo íntimo. Lo relacionado con la enfermedad adquiere un significado más público. De una persona se espera que al llegar a un determinado grado de madurez sea capaz de cuidar de sí misma, y que no lo sea para ocuparse del restablecimiento de sus estructuras y funciones biológicas cuando han sido lesionadas o están enfermas. Una cosa y otra son vitalmente importantes pero son socialmente consideradas de diferente manera, tal como señala Fernando Savater [3].

Por esto, para analizar la evolución del conocimiento enfermero es necesario hacerlo en el contexto del significado que tienen los cuidados en los distintos momentos sobre la base de dos premisas (Ver Tabla 2):

- El conocimiento en el que se sustentan los cuidados enfermeros tiene su origen en lo público, en conocimientos empíricos, al igual que las explicaciones en las que se basan todas las ciencias. Sin embargo, las formas de expresión de los cuidados de salud, por tratarse de las necesidades de la persona, se cargan de sentimientos y se circunscriben al área de lo privado.
- El saber que da origen al conocimiento enfermero ha sido tradicionalmente constituido desde la propia experiencia de la práctica.

La construcción, evolución y desarrollo del conocimiento enfermero y la fundamentación sobre los cuidados de salud están íntimamente relacionados, en cada periodo de la historia, con el concepto de salud, enfermedad y el tipo de atención que se presta a estos estados. A su vez, todo ello está en relación con la evolución que ha experimentado el pensamiento como forma de elaboración de conocimiento (Ver Tabla 3).

Además, en la evolución del conocimiento enfermero han influido, la mayoría de las veces como interferencias negativas, los aspectos que se han analizado como propios en la evolución de la profesión: las características femeninas y su relación con lo religioso, lo militar y lo médico. De esta manera, el conocimiento enfermero se adapta a las necesidades que de los cuidados de salud se demanda en cada momento.

### La evolución del conocimiento enfermero

Cuando la salud tiene un valor como supervivencia, los cuidados se realizan sobre la base de los fenómenos observados en la naturaleza y los conocimientos en los que se basan son la experiencia y la herencia. Su desarrollo y abordaje se circunscriben al ámbito doméstico reservado a la mujer. Los cuidados de salud tienen como finalidad la supervivencia



Tabla 3.

Evolución de las corrientes de pensamiento					
CORRIENTES DE PENSAMIENTO	ANIMISMO	FILÓSOFOS GRIEGOS	CRISTIANISMO	POSITIVISMO	OTRAS CORRIENTES
Orientación	Magia	Intelectual vs. manual	Caridad Humildad	Método científico	Lógica Semántica Epistemología
Concepto de salud	Supervivencia	Sobrenatural Primeras explicaciones racionales	Valor religioso	Ausencia de enfermedad	Equilibrio Bienestar
Cuidados	Instintivos Mágicos Imitación de la naturaleza	Sobrenaturales Higiene	Espirituales Religiosos	Técnicos Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad	Integrales Atención a la salud

de la persona y del grupo; los conocimientos en los que se sustentan las actividades cuidadoras se relacionan con la experiencia y la magia. Son prácticas instintivas basadas en el conocimiento corriente y la intuición, que se van heredando de generación en generación a través de la transmisión oral.

Las primeras concepciones sobre cuidados de salud y las actividades relacionadas con ellos tienen lugar en un mundo que basa sus creencias en el animismo y en la existencia de seres superiores que dan explicaciones, al igual que a las concepciones de salud y conceptualizaciones sobre otros fenómenos, en creencias sobrenaturales y mágicas, a las manifestaciones repetidas que se observaban sobre lo que acontece en diferentes situaciones de la naturaleza relacionadas con las personas, los animales y los seres vivos en general.

En las épocas de la historia en las que la salud se ha explicado desde argumentos sobrenaturales y religiosos, que coinciden con los inicios del desarrollo del conocimiento, los cuidados se basan en actividades manuales y, en este tiempo, lo manual no es considerado con entidad para ser tratado científicamente.

Dentro de las explicaciones precientíficas sobre los cuidados, se encuentran las que se basan en los fenómenos naturales y sobrenaturales, según las cuales, la enfermedad es considerada como un fenómeno sobrenatural, como un acontecimiento

exógeno a la persona, y las habilidades para hacerla frente se basan en poderes divinos y los conocimientos en la sabiduría fundamentada en la experiencia empírica.

Cuando se inicia la construcción del conocimiento de forma ordenada, en la Antigüedad clásica, con el advenimiento de lo que hoy llamamos civilización, se produce un desplazamiento de la magia por la religión y con el desarrollo de la cultura impresa, que permite el almacenamiento de saberes, el conocimiento se va tornando científico. La enfermedad se empieza a concebir y a estudiar como un acontecimiento endógeno a la persona, la medicina se torna científica, estructurando sus conocimientos, y el médico se convierte en "sabio", no ocurriendo lo mismo ni con los cuidados de salud, que se siguen considerando como una actividad manual, ni con la enfermera, que se considera que no necesita conocimientos especiales para hacer enfermería.

Además, se produce una diferenciación entre lo científico y el trabajo manual. La ciencia se desarrolla, mientras que el trabajo manual es objeto de desprecio. Entre las actividades que son consideradas manuales están lo que hoy identificamos con los cuidados enfermeros, que además es objeto de una doble desconsideración pues se practican en el ámbito doméstico por mujeres, siervos y esclavos.



Las consecuencias de la diferenciación tan marcada entre la teoría y la práctica se traducen en un impedimento para el desarrollo del conocimiento enfermero, como apuntan Hernández-Conesa y Esteban-Albert [4], basándose en reflexiones de Aristóteles.

El desarrollo de la medicina científica se relaciona con Hipócrates de Cos (460-370 a. de C.). Para él, la enfermedad no tenía un origen sobrenatural, empieza a aportar las primeras explicaciones epidemiológicas (importancia del entorno), y de equilibrio biológico entre los distintos humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra.

El método hipocrático supuso una gran aportación para la medicina. Consistía en observarlo todo, examinar a la persona más que a la enfermedad, hacer una evaluación imparcial y ayudar a la naturaleza.

En los escritos hipocráticos se recogen orientaciones y pautas para el uso de remedios como cataplasmas, dietas, utilización del frío y el calor, etc., prácticas éstas que realizaban los ayudantes de los médicos. Los médicos las indicaban y, por lo tanto, eran quienes tenían que conocer sus propiedades y efectos, mientras que los ayudantes sólo requerían habilidades prácticas para su aplicación.

En la Baja Edad Media, según apunta Durán [5], las profesiones son consideradas tanto un modo de vida como una cualificación o saber. Pero por otra parte, también, quienes practican una misma actividad se comienzan a unir en gremios, para mejorar las condiciones de su trabajo. Entre las formas de mejora que pretenden está la formación de los aspirantes al ejercicio de una actividad. Quienes practican los cuidados, mujeres y religiosas fundamentalmente, no tienen esta necesidad y el inicio de creación de conocimiento y formación se retrasará con relación a otras actividades con las que convive.

El cristianismo como filosofía, además de influir en las formas de entender la salud y la enfermedad y de expresión de los cuidados, influye en la construcción del conocimiento. Las ideas sobre la caridad como elemento básico del cuidado relegan a un plano muy secundario la necesidad de desarrollar conocimiento. La práctica enfermera se basa en arengas de los responsables de las comunidades para ensalzar la importancia de los valores es-



*La oración de los niños tiñosos. I. Pils, 1853, M<sup>o</sup> des Hôpitaux, París*

pirituales de quienes cuidan y la caridad como fundamento de los cuidados, en la experiencia y la transmisión oral.

Durante la Edad Media, aparte de las cortes principales, los centros religiosos (monasterios principalmente) se convierten en verdaderos centros culturales, artísticos y científicos, contrastando esta riqueza interior de la Iglesia con el oscurantismo que se observa en el exterior de las manifestaciones artísticas, culturales y científicas.

Un aspecto de interés dentro de los monasterios, es el relativo al estudio de la enfermedad y de la persona enferma. En muchos casos, las comunidades religiosas se convierten en comunidades sanitarias en las que se acumula saber y se busca remedios para las enfermedades. Un ejemplo de este tipo de organización se encuentra en las leproserías.



A partir del siglo XII, a los planteamientos desarrolladores cristianos, se añaden explicaciones físicas relacionadas con la astrología, con lo que los conocimientos relacionados con la salud y enfermedad empiezan a adquirir una doble perspectiva; por una parte nuevas características sobrenaturales y por otra biologicistas.

La concepción de la salud y la enfermedad desde los aspectos orgánicos de la persona se ven influidos en su estudio e interpretaciones por la filosofía moderna de la ciencia, que viene a imponer la primacía del método para la construcción de conocimiento a través de unas reglas. El positivismo de Auguste Comte (1798-1857) consolida los trabajos de Francis Bacon (1561-1626) y de David Hume (1711-1776), culminando en el método hipotético deductivo como método universal de la ciencia.

Con las consecuencias de la Revolución industrial, se produce un fuerte desarrollo de la ciencia y la técnica, principalmente potenciadas por las necesidades de la industria con las consiguientes repercusiones en el terreno sanitario, como son una mayor cualificación profesional y un avance espectacular en los terrenos de la prevención y la curación de las enfermedades.

Se puede decir que el desarrollo del conocimiento enfermero como tal se inicia a mediados del siglo XIX que es cuando comienza el proceso de profesionalización de la enfermería coincidiendo con cambios espectaculares en el ámbito social (políticos y económicos, de reivindicaciones sociales, mejoras en las condiciones de vida y consecuentemente en la salud de la población, etc.). En el ámbito de la enfermería surge la figura de Florence Nightingale que, aprovechando esta corriente, trabaja por la profesionalización y formación de la enfermería. Sobre esta destacada enfermera se profundiza al analizar el proceso de profesionalización en este mismo capítulo.

Partiendo de la consideración del método científico como procedimiento para explicar y enseñar las cosas por sus principios y sus causas, la enfermería trata de incorporar este instrumento a su realidad y lo hace, inicialmente, como procedimiento para las actividades que llevan a cabo las enfermeras y, más tarde, para la elaboración de la teoría enfermera, como se pone de manifiesto en capítulos posteriores.

La utilización del método científico como procedimiento para sistematizar los cuidados enfermeros, a través del proceso de atención de enfermería en sus etapas de valoración, diagnóstico, planificación ejecución y evaluación, no significa hacer la enfermería científica. Es necesaria su utilización para construir el cuerpo de conocimientos propio que represente la forma particular de saber enfermero; la Teoría General de la Enfermería, y una vez constituido este cuerpo de conocimientos desarrollar la práctica sobre la base de los principios y causas expresadas en la Teoría General de la Enfermería.

El proceso de atención de enfermería, como método de trabajo de las enfermeras, sólo sirve para organizar las actividades que hacen las enfermeras, sean o no éstas específicas de su cuerpo de conocimientos. Así, se ha utilizado en diferentes lugares para organizar las actividades delegadas por la medicina, sin que esto signifique ni consolidación profesional ni avance disciplinar. El proceso de atención de enfermería adquiere sólo su verdadero significado, para la profesión y la disciplina, con una teoría enfermera como referencia.

Según Hernández-Conesa [6], "*los elementos constitutivos del cuidado*" como prácticas valoradas de diferente manera a lo largo de la historia han estado cambiando a lo largo del tiempo sobre la base de conocimientos ajenos, en lugar de hacerlo sobre los elementos específicos del cuidado, a pesar de que por estar presentes y ser necesarios desde el origen de la humanidad han tenido siempre características propias.

La práctica científica se ha visto influida a lo largo del siglo XX por diferentes corrientes científicas, así están los postulados neopositivistas, que renuevan las ideas del positivismo con los elementos procedentes de la lógica formal (el Círculo de Viena, Schlick, Carnap, etc., y el grupo de Berlín, Rychenbach). Popper, defensor del racionalismo crítico, da paso a las corrientes historicistas de Kuhn y Lakatos y a las concepciones semánticas y modeloteóricas representativas que inspiran el estructuralismo metateórico y el empirismo constructivo (Ver Tabla 4 ■).

Estos enfoques de la filosofía de la ciencia tienen como concepción central que las teorías constituyen



más que sistemas de leyes sistemas de modelos y ponen su énfasis en el estudio de la Lógica, la Semántica y la Epistemología.

Para Medina [7], la enfermería es una ciencia humana práctica que precisa de las ciencias naturales (generales) y de las humanas, para explicar la unicidad y particularidad de la persona y para entender y desarrollar la práctica cuidadora. Para que la práctica enfermera no se transforme en técnica se debe basar en las teorías de las ciencias naturales y humanas y en las interrelaciones entre ambas, con objeto de que los cuidados sean efectivos y la persona comprenda su importancia. Los cuidados enfermeros, además de estar orientados hacia su contribución al buen funcionamiento humano, y basados en principios éticos, han de estar orientados a ser compatibles con las expectativas y valores de la persona.

Actualmente, se establece una diferencia entre los modelos más adecuados para el estudio de las ciencias naturales y las ciencias humanas y sociales. El método hipotético deductivo parece adecuado para el estudio de las ciencias naturales por el objeto de estudio de éstas, sin embargo, el dinamismo de las ciencias humanas y sociales orienta a la necesidad de ser estudiadas desde el paradigma sociocrítico, según el cual, las acciones humanas deben ser analizadas por el estudio de las razones que las fundamentan y el medio en el que se producen. Según es-

te enfoque es la realidad social la que ofrece la referencia para la explicación de los fenómenos.

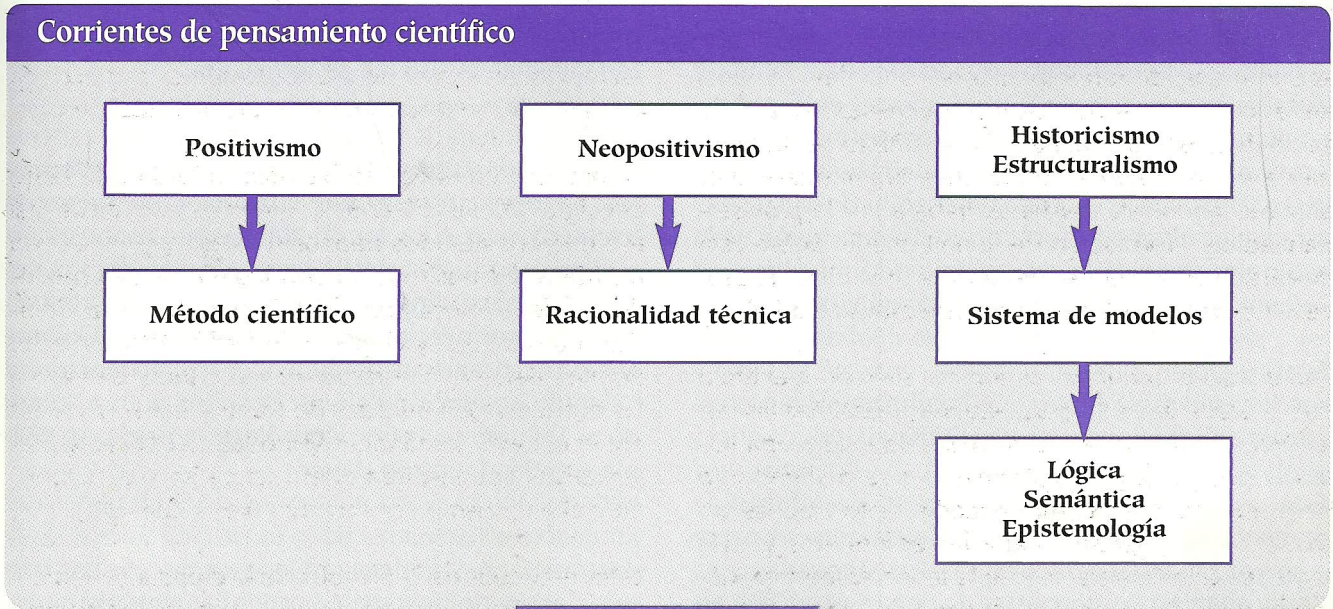
El hecho de que la enfermería haya sido tradicionalmente cosa de mujeres también ha influido en la construcción del conocimiento enfermero, a todos los niveles. Las mujeres han sufrido trabas para incorporarse al mundo de la instrucción, los estudios de Capel [8] vienen a poner de manifiesto que en la década de los años treinta, el porcentaje de mujeres en la universidad era de un insignificante 0'2%.

Por otra parte, está la propia forma de transmisión del conocimiento a través del lenguaje, y es que el lenguaje, según Buxó [9] y Rivera [10], ha sido siempre, ya sea en forma de tabúes, mitología, proverbios o como construcciones conceptuales, del dominio de los hombres. Para esta autora, la mujer ha sido objeto de discriminación sexo-lingüística y, sin duda, esto dificulta la transmisión de lo que se sabe y se hace, y el acceso y la adquisición de conocimientos.

### EL PROCESO DE PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

El sociólogo y médico Elliot Freidson [11] describe lo que es una profesión como "un grupo ocupacional que se reserva a sí mismo la autoridad para juz-

Tabla 4.







gar la calidad de su propio trabajo", y afirma que las profesiones ganan ese derecho, en parte, a través del establecimiento de una relación de confianza con las personas a las que sirven: el reconocimiento de su aportación por parte de quienes la reciben.

Martín-Moreno y de Miguel [12] basándose en reflexiones de Hughes, ponen de manifiesto que una profesión se profesionaliza a medida que se institucionaliza y lo hace por medio de dos mecanismos: la licencia y el mandato. La licencia acredita la capacitación a través de la titulación para su ejercicio, y el mandato consiste en la definición de deberes con relación a los clientes, que se materializan en un código de ética, definición de estatutos y derecho de remuneración por sus servicios. Para Collière "la profesión" la constituyen un grupo de personas que ha conseguido un título, un estatus, mediante una formación, con el fin de ejercer una actividad [1].

Desde esta perspectiva el proceso de profesionalización de la enfermería hay que relacionarlo con dos aspectos claves (Ver Tabla 5):

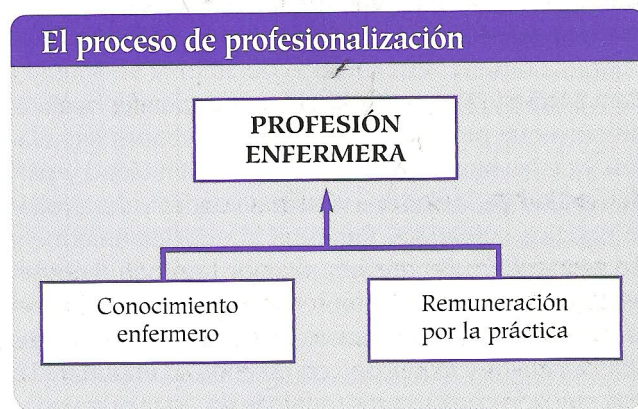
- El acceso al conocimiento estructurado.
- La percepción de retribución por su práctica.

### El acceso al conocimiento

En cuanto al conocimiento, hay que volver a la influencia del género, y al ser la enfermería una actividad relacionada con lo femenino, hay que tener presente que la educación ha estado negada a la mujer durante mucho tiempo. Centrándonos en España y hasta mediados del siglo XX, no existían escuelas que fomentaran en la mujer el desarrollo intelectual: reflexión, análisis, oratoria, desarrollo de ideas, lectura de los clásicos, filosofía, etc. La educación de la mujer se desarrolla en colegios de monjas y se orienta hacia la lectura, escritura, religión, labores, etc., potenciando el desarrollo de cualidades como la abnegación, pureza, renuncia, entrega, servicio y sacrificio, y así la mujer queda al margen de los espacios del saber y del pensar [2].

Esta orientación general se pone de manifiesto de manera muy llamativa, como se veía anteriormente y se verá más adelante, en las enseñanzas que se desarrollan en las "escuelas de enfermeras". Diver-

Tabla 5.



sos estudios sobre la formación enfermera, entre los que cabe destacar los de Cohen [13], confirman esta tendencia.

Aunque en 1798 aparece en los Estados Unidos la primera institución para la formación de enfermeras, es realmente como consecuencia de las necesidades derivadas de la Guerra de Secesión, en pleno siglo XIX, cuando se produce el verdadero desarrollo de la formación de enfermeras. Norteamérica no contaba con un grupo de enfermeras preparadas, por lo que durante este conflicto diversas órdenes religiosas y hombres y mujeres laicos se incorporaron al cuidado de los heridos. A partir de este momento, son muy diversos los programas de formación que se van estableciendo y las instituciones que se hacen cargo de ellos. Cada hospital tenía su propia escuela y estaba al amparo de sociedades médicas, pero, progresivamente, se va estableciendo cada vez más formalmente el sistema de formación.

Desde el inicio de la formación formal, los saberes médicos constituyen la base de los saberes enfermeros. La formación enfermera ha estado en manos de los médicos que les transmitían de sus conocimientos, minimizados, aquéllos que consideraban necesarios, así como los valores para la práctica, dificultando el crecimiento de la enfermería. Para Collière [1], un oficio no puede pretender ser reconocido ni valorado en función de otro. Para esta autora, cuando es influido por otro puede llegar a perder su propia identidad y razón de ser.

En cuanto a los inicios de la formación formal de la enfermería, hay que decir que por coincidir con una orientación de la atención sanitaria centrada en lu-



char contra la enfermedad instaurada, todas las actividades que se llevaban a cabo tenían un marcado carácter biologicista y medicocéntrico, incluida la formación enfermera, pues el objetivo es el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

### La percepción de retribución

La percepción de retribución por la práctica enfermera, como elemento de reconocimiento social, representa mucho más que lo que suponen los aspectos puramente económicos de recibir un salario o minuta por la práctica enfermera. Como apuntan Martín-Moreno y de Miguel [12] citando a Hughes, la retribución tiene un significado dentro de la propia profesión que se relaciona con la asunción de una serie de responsabilidades que, según este autor, se ponen de manifiesto en la responsabilidad de ofrecer un servicio específico protegiendo a sus clientes con el respeto a su código de ética.

La retribución por la práctica enfermera está ligada a la secularización de la enfermería. Los servicios ofrecidos por las enfermeras han ido variando y adaptándose a las necesidades sociales y de las personas, como hemos ido viendo a lo largo de su evolución, a medida que la organización social reconoce su aportación y, paralelamente, se le exige la formación adecuada. La propia profesión, por otra parte, asume su función social y a través de sus diversas organizaciones desarrolla, fundamenta y da a conocer los contenidos de su práctica, entre ellos su código ético.

Desde este punto de vista, el proceso de profesionalización de la enfermería ha de ser analizado desde una perspectiva amplia: su consideración dentro de la sociedad. Mompert [14] analiza los aspectos que definen a la profesión en función de su impacto social. Según esta autora, determinan la posición de la profesión aspectos internos y externos. Entre los internos incluye la competencia profesional, el servicio a la sociedad y la autonomía profesional; como componentes externos señala el liderazgo, la cohesión grupal y los valores éticos.

Partiendo de estos elementos como condicionantes de la evolución de la enfermería, que han determinado diferentes formas de considerarse y ser considerada, y aceptando que el reconocimiento profesio-

sional se caracteriza por la percepción que de un grupo especializado tiene la sociedad según los elementos que le avalan, se analiza a continuación la evolución de la profesionalización de la enfermería en nuestro país con las distintas influencias de las que ha sido objeto.

### Antecedentes del proceso de profesionalización. Florence Nightingale

Durante la Edad Moderna comienza la incorporación de mujeres laicas a los hospitales, con salario y con horario. Sin embargo no tienen, ni se les exige, ningún tipo de preparación. Por tanto, esto no significa la profesionalización de la enfermería.

En la sociedad industrial se produce un fuerte desarrollo de la atención sanitaria, con la consecuencia lógica de una importante demanda de médicos y enfermeras. En el campo de la enfermería tiene lugar la secularización necesaria y aquí sí se puede empezar a señalar el comienzo de la profesionalización de la enfermería.

Unido a las necesidades de atención, está el avance en las tecnologías sanitarias, y a la enfermera se le empieza a exigir más que buena voluntad o espíritu de sacrificio. El mundo hospitalario empieza a ser un mundo técnicamente complejo, con el desarrollo acelerado de la cirugía, la aparición y aplicación de técnicas de asepsia, o el desarrollo de los fármacos, etc.

La enfermera empieza a recibir instrucción, es decir, se cualifica. Esta cualificación procede de los médicos, quienes también organizan, distribuyen y supervisan el trabajo, haciendo rotar a las enfermeras, tanto durante su periodo de formación como en el ejercicio profesional, por los departamentos en los que estaban los enfermos o que tenían relación con su atención, como por ejemplo la farmacia, y aquellos de carácter hotelero: lavadero, cocina, etc.

A mediados del siglo XIX, Theodor Fliedner crea el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth (Alemania) que primero se dedica a la reforma de las cárceles y más tarde a la atención y cuidado de los enfermos, creando una escuela para la formación de Diaconisas junto a su mujer Federica Münster. El programa de formación duraba tres años. Esta experiencia sir-



vió como modelo para la formación y organización de la enfermería europea y americana.

Entre las enfermeras que pasaron por el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth para conocer de cerca el proyecto que se estaba desarrollando, está Florence Nightingale, que permaneció un tiempo en esta escuela, cuya filosofía influyó en su obra posterior.

La figura representativa por excelencia en el inicio del proceso de profesionalización de la enfermería es Florence Nightingale (1820–1910). Esta enfermera además de gozar de un gran reconocimiento dentro de la profesión (el 12 de mayo, fecha de su nacimiento, ha sido elegido para conmemorar el Día Internacional de la Enfermería), también lo tiene entre la población general. Su nombre aparece con frecuencia en la literatura. Hablar de enfermería entre no profesionales, sobre todo en el Reino Unido, es hablar de Florence Nightingale: su imagen es el argumento de los billetes de diez libras y de diferentes emisiones postales.

En esta enfermera confluyen influencias de todos los aspectos analizados que han configurado la imagen de la enfermería y de las enfermeras:

- Es una mujer y participa en los movimientos reivindicativos de las mujeres de su época, la Inglaterra victoriana, que centraban sus esfuerzos por conseguir el derecho al voto.
- Sus primeros contactos con la enfermería los realiza con las diaconisas de Kaiserswerth y con las Hermanas de la Caridad, por lo que se puede pensar que los principios filantrópicos y religiosos influyeron en su concepción de la enfermería, como se pone de manifiesto en sus escritos.
- Una buena parte de su actividad la lleva a cabo en hospitales militares, lo que le obliga a asumir el reglamento militar.
- Finalmente, su trabajo se desarrolla con médicos y una buena parte de sus trabajos sobre epidemiología han servido para el desarrollo de la disciplina médica.

Nightingale tuvo una visión de la salud de la persona relacionada ya con las condiciones del entorno y el estilo de vida. La calidad de la vivienda, la luz,

temperatura, ventilación e higiene eran aspectos considerados importantes para la salud por esta enfermera.

Su primera actividad como enfermera consistió en la planificación y puesta en marcha de un hospital en Londres, con un sistema organizativo minucioso y completo, que sirvió de modelo para proyectos posteriores.



Florence Nightingale (dibujo por su hermana Parténokpe, 1855)

Tras el éxito de este trabajo, le fue encargada por el gobierno inglés la organización de la enfermería en los hospitales de campaña. Eran mediados del siglo XIX y los heridos reclamaban cuidados humanitarios como los que ellos sabían que proporcionaban las Hermanas de la Caridad [15]. Su aportación a la profesión es definitiva y tiene lugar en un momento histórico que facilita su reconocimiento.

La eficacia de los cuidados organizados por Nightingale que reciben los heridos de la guerra de Crimea coincide con una serie de hechos derivados de la Revolución industrial (fenómenos tan importantes como la urbanización, industrialización, proletarización,



crecimiento de las poblaciones, etc., tienen lugar en esta época), que provocan un aumento significativo de las necesidades de la población. De este modo se hace necesaria una distribución de funciones en el campo de la atención a la salud basada en la profesionalización y en la preparación. El avance de la medicina requiere de la preparación de la enfermería y su incorporación al equipo, en total subordinación, pero con unas funciones específicas que ya no se pueden dejar en manos de personas sin preparación.

Nightingale parte de una serie de principios que deben regir en la organización de la enfermería:

- Como aspectos profesionales, la concepción de la enfermería como un trabajo y no como imperativo moral.
- A escala técnica, la definición y protocolización de las tareas específicas, que hacen disminuir notablemente la mortalidad de los heridos: dando gran importancia a la limpieza personal y del entorno (la mayoría de los heridos morían como consecuencia de la gangrena, tifus exantemático, peste bubónica, etc., y no como consecuencia directa de las heridas), establece un orden en el horario de la administración de la medicación, se proporciona a los enfermos una alimentación adecuada, se lleva a cabo el registro de las incidencias de la evolución de los heridos y se les clasifica según la gravedad en las camas más cercanas al lugar donde se encuentran las enfermeras, etc. Se desecha así criterios que estaban muy arraigados basados en la escala militar.
- Otros aspectos importantes eran los cuidados que tenían como finalidad el bienestar de los heridos, y que iban desde mantener la limpieza y ventilar los pabellones hasta proporcionar estímulos a los soldados, facilitándoles el correo, la lectura, etc.

Posteriormente, se dedica a la formación de enfermeras y a través de la Fundación Nightingale crea en 1860 una escuela para la formación de enfermeras en el Hospital de Santo Tomás (Londres), con el fin de formar enfermeras para atender a los enfermos en los hospitales (enfermeras de hospital), en sus casas (enfermeras de distrito) y enfermeras para formar

enfermeras. El modelo de escuela de Nightingale sirve como modelo referente durante mucho tiempo para las escuelas de América y Europa.

La edad para ingresar en la escuela debía ser entre 25 y 35 años, la enseñanza teórica duraba un año y los gastos de las estudiantes sin recursos corrían a cargo de la Fundación Nightingale. Después las estudiantes pasaban dos años, con remuneración, dedicadas a trabajar, aunque sin responsabilidad total en el hospital.

Para Florence Nightingale, había dos principios fundamentales para el buen funcionamiento de una escuela de enfermeras:

- Que la escuela estuviese anexa a un buen hospital.
- Que las estudiantes estuviesen en régimen de internado para que adoptasen, en comunidad, la práctica de virtudes que para ella eran básicas en la formación humana de las enfermeras: disciplina, sobriedad y orden.

Estos principios estuvieron presentes en la formación de enfermeras en las escuelas influidas por la concepción Nightingale, entre ellas las españolas.

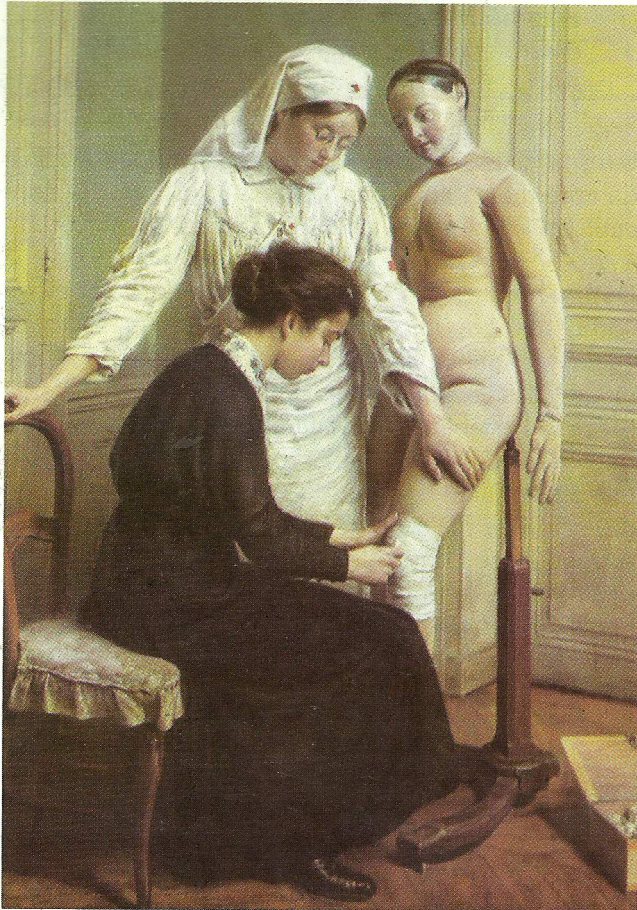
Durante mucho tiempo, prácticamente hasta la incorporación de los estudios a la universidad, las escuelas femeninas estaban anexas o dentro de los hospitales. Las escuelas masculinas y las Facultades de Medicina estaban en las actuales ciudades o campus universitarios. Estas últimas siguen estando, al igual que las actuales Escuelas Universitarias de Enfermería, cerca de los hospitales, pero hay una diferencia sustancial: se construyen los hospitales docentes, es decir se acerca el hospital a la facultad buscando el beneficio mutuo. No se introducen éstos (escuelas y facultades) en el hospital como ocurrió durante mucho tiempo con las escuelas de enfermería (¿qué se pensaría de la formación de abogados, jueces y fiscales dentro de los juzgados?). La explicación se encuentra en que la formación de las enfermeras se orientaba, desde sus inicios, a satisfacer las necesidades de los hospitales.

La eficacia del tipo de instrucción que propugna Nightingale está fuera de toda duda. Las enfermeras



salían de las escuelas en condiciones óptimas para incorporarse competentemente a las tareas de creciente complejidad que la organización hospitalaria demandaba de ellas. Por esto, la obra de Florence Nightingale está reconocida como la base de la profesión enfermera, pero además de lo que supuso en lo que se refiere a la formación, la sociedad comenzó a estimar y valorar a la profesión.

Sus experiencias, reflexiones y trabajos han quedado reflejados en su obra, en textos tales como *Notes on Nursing* (1858), *Hints on Hospitals* (1859), *Observations on the Sanitary State of the Army in India* (1863), *Life or Death in India* (1873), *Health Teaching in Towns and Villages* (1894). De entre sus trabajos, el más significativo es *Notes on Nursing* (1858), que fue un libro de texto para la formación de enfermeras en las escuelas de diferentes países. En España ha sido traducido como recientemente. *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es* (1990) [16]. Según la autora, con sus contenidos, trata de



Enfermera aprendiendo a vendar en un maniquí. Musée de l'Assistance Publique. Hôpitaux de París

aportar referencias para el pensamiento de quienes cuidan a otros. Actualmente esta finalidad sigue siendo vigente.

Lo más relevante, a nuestro juicio, de la concepción enfermera de Florence Nightingale es que fue capaz de ofrecer las aportaciones que la sociedad requería, y dar las soluciones más oportunas en el momento que le tocó vivir.

Prueba de ello es que la experiencia se extendió a toda Europa y Norteamérica, siguiendo sus principios y permaneciendo vigentes en la formación de las enfermeras españolas, hasta la década de los años sesenta.

A finales del siglo XIX, se crea en Inglaterra la primera asociación profesional de enfermeras. Desde entonces, y a lo largo del siglo XX, la enfermería comenzó a desarrollarse de una manera intensiva. Prueba de ello la tenemos en la creación en 1899 del Consejo Internacional de Enfermeras, en la publicación en los Estados Unidos del primer número de la *Revista Americana de Enfermeras* (1900) que actualmente sigue publicándose, y en la creación de Consejos Nacionales de Enfermeras en diferentes países.

La Primera Guerra Mundial, y en España la Guerra Civil, fueron por su repercusión social el momento determinante del proceso, por cuanto la demanda sanitaria fue muy importante y supuso un fuerte tirón en la incorporación de cientos de mujeres a la práctica de la enfermería. La profesión se incrementó de una manera irreversible no sólo cuantitativa, sino también cualitativamente.

En España podemos empezar a hablar de profesión de enfermería, a finales del siglo XIX, principios del siglo XX. En la Ley de Instrucción Pública de 1857 se expresa el reglamento que determina los conocimientos prácticos requeridos para obtener el título de practicante. La formación y práctica de estos profesionales tiene un marcado carácter técnico como ayudantes de los médicos. En 1902 se establece un programa de enseñanza para la formación de practicantes que constaba de 78 temas.

Poco después se regulan los estudios de matrona, y uno y otro pasan a cursarse dentro de las Facultades de Medicina. Finalmente, en 1915 se establecen los



requisitos para el ejercicio de la enfermería, para lo que es preciso aprobar un examen similar al de practicante y matrona ante un tribunal compuesto por tres catedráticos de la Facultad de Medicina. Las enfermeras tituladas con estos requerimientos, convalidaron posteriormente su titulación y han estado en activo en el sistema de salud hasta la década de los años setenta que cesaron por jubilación.

La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 establece tres Colegios de Auxiliares Sanitarios que integran a enfermeras, matronas y practicantes. Es necesario pertenecer al Colegio para ejercer la profesión y se regulan las competencias de las tres titulaciones. Dentro del Colegio estaban divididas las tres áreas y cada una de ellas en razón del sexo (femenina y masculina).

Con anterioridad a la regulación (1915) de los requisitos que debían superarse para la práctica de la enfermería, se había creado en 1896 la Real Escuela de Santa Isabel de Hungría en Madrid. Su fundador el Dr. Federico Rubio y Galí había sido embajador en

Londres y tomó como modelo, para esta primera escuela, el desarrollado en Inglaterra por Nightingale, que posteriormente también servirá como referente para otras. La segunda escuela fue creada en Barcelona en 1917 y es la de Santa Madrona. Un año después se crea la de Cruz Roja de Madrid. Estas dos últimas escuelas, la de Santa Madrona y la de Cruz Roja, siguen en la actualidad desarrollando la formación de enfermeras, se han ido adecuando a los cambios de estudios habidos desde su fundación y han sido centros que han gozado de gran prestigio.

El aspecto más positivo se centra en el reconocimiento de la necesidad de los cuidados de enfermería, como tales en la atención a la salud. Pero también se puede afirmar que en esta primera etapa la concepción del papel de la enfermera es claramente dependiente, hasta niveles tales como la selección fundamentalmente basada en cualidades físicas, personales y especialmente vocacionales.

La enfermera es la auxiliar del médico, con escasa formación y su misión se centra en tareas que, por



Monumento a Federico Rubio y Galí, Madrid



rutinarias y mecánicas, el médico delega al ir asumiendo funciones más complejas. Como se veía anteriormente, la atención se centra en la enfermedad, en el órgano afectado, y la formación teórica de las enfermeras en la patología y el desarrollo de habilidades técnicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento médico: sondajes, técnicas de asepsia, administración de medicación, etc.

En España hasta el año 1953, existen tres titulaciones: Enfermera, Matrona y Practicante. Cuando se unifican se hace con el nombre de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). La formación de este profesional estaba basada en el modelo médico, en aspectos de las patologías, en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, inculcando, durante el proceso de formación, ideas de subordinación al médico y abnegación como valor para la práctica [17]. El papel que desarrolla posteriormente como profesional es claramente dependiente y sin necesidad de preguntarse el porqué de lo que hace ni buscar respuestas sobre el para qué de sus acciones.

De esta unificación, Santo Tomás [18] considera una serie de repercusiones tanto positivas como negativas para la evolución de la profesión.

- Entre las positivas, destaca la propia unificación en una sola titulación, el mayor nivel de estudios, la unificación de criterios para todas las escuelas del país, la vinculación de éstas a la universidad (a las Facultades de Medicina) como escuelas profesionales, la destreza técnica que se adquiere, la secularización de los cuidados, la pérdida de la exclusividad femenina y en general la mejora en la formación y su repercusión en la calidad de los cuidados.
- Como aspectos negativos, esta autora resalta el nuevo nombre de ayudante técnico sanitario que desvirtúa la auténtica naturaleza de la enfermería y supone la pérdida de identidad, la gran proliferación de escuelas que responde más al aumento de la demanda de enfermeras por el creciente aumento de los hospitales que a un desarrollo planificado y estructurado, la orientación de los estudios de corte médico y el control de las escuelas por parte de los médicos.

Dentro de los estudios de ayudante técnico sanitario se desarrollan una serie de especialidades, con un tiempo de formación entre uno y dos años.

Unas estaban orientadas desde las especialidades médicas y otras para desarrollar técnicas dirigidas al diagnóstico y tratamiento médico: Fisioterapia, Podología (posteriormente las dos se constituyen como enseñanzas independientes), Matrona, Urología y Nefrología, Pediatría y Puericultura, Neurología, Psiquiatría, Análisis Clínicos, y Radiología y Electrología.

La práctica de los ayudantes técnicos sanitarios se centra en ayudar al médico en la realización de técnicas dirigidas al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y, en un plano más secundario, en la atención a las necesidades de los cuidados de salud de la persona cuando padece una enfermedad y en la participación en programas de prevención a través de campañas de detección precoz de enfermedades (como lo fueron las destinadas a detectar la tuberculosis) y de vacunación.

Se produce una organización del trabajo por técnicas y una valoración de la persona en función de la dependencia que le produce su enfermedad. Se da gran importancia a la técnica que requiere la práctica del cuidado que se lleva a cabo, se considera que el dominio de la técnica da poder y prestigio. Posteriormente va adquiriendo cada vez más valor la consideración del cuidado en sí mismo y su importancia en función de su repercusión en la salud y bienestar de la persona y que la técnica no significa desarrollo salvo en el campo estrictamente técnico.

### **La consolidación del proceso de profesionalización**

En el proceso de profesionalización se pasa por diferentes orientaciones. Collière [1] describe dos corrientes. Por un lado, la que se desarrolla vinculada a la técnica y centrada en la enfermedad (en esta tendencia el trabajo de las enfermeras se caracteriza por el predominio de lo relacionado con la enfermedad, prescripción y tratamiento médico; el trabajo se divide y distribuye por tareas). Por otro, la corriente que se desarrolla como revalorización de la relación cuidador-persona cuidada, en la que los cuidados de salud de la persona son la razón de ser de la práctica enfermera y la relación con el enfermo es el eje de los cuidados.

Para profundizar en el conocimiento del proceso de profesionalización de la enfermería en España



se recomienda el estudio de las publicaciones de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) y de la Revista *ROL de Enfermería*. Estos trabajos dejan constancia de la evolución de la enfermería en los últimos años. Tanto la Asociación de Enfermería Docente con sus actividades y orientaciones (desde 1979) como la Revista *ROL de Enfermería* (desde 1978), con la difusión de los avances profesionales y disciplinares, han jugado un papel determinante en la evolución de la enfermería española.



## Asociación Española de Enfermería Docente

Anagrama de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED)

Autoras españolas también identifican a la enfermería según el centro de su interés, Tey [19] distingue entre la enfermería de dependencia médica, la tecnificada y la de salud integral. Alberdi [20], en esta misma línea, describe diferentes formas de concebir la enfermería: los ayudantes técnicos sanitarios (ATS) que establecen una relación clara de su actuación alrededor del médico, la enfermera tecnológica que relaciona sus actividades con el diagnóstico y tratamiento médico y la enfermera cuidadora, que relaciona su actividad con las necesidades del paciente/cliente.

En los Estados Unidos, la primera escuela de enfermería que se integra en la universidad lo hace en 1909. Posteriormente se van incorporando otras y simultáneamente se amplían los programas de formación, aunque no va a ser hasta la segunda mitad del siglo XX y como consecuencia del informe Goldmark (1923), resultado de los trabajos del Comité para el Estudio de la Formación de Enfermería, cuando se empieza a orientar la enseñanza de la enfermería sobre la base de los cuidados de salud [15].

En España, es a partir de los años setenta cuando comienza a adoptar una identidad más propia y específica, menos dependiente. Esto va precedido de una serie de hechos que van a posibilitar la transformación de la formación y de la práctica enfermera.

La integración en la universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería se establece por Real Decreto en 1977. Posteriormente se dictan las directrices para la elaboración de los planes de estudios.

Una comisión de estudios del Consejo General de Enfermería (rama femenina) elabora las áreas de actuación de las enfermeras y sobre esta base se construyen los planes de estudio. Estas áreas quedan definidas de la manera siguiente:

- Proporcionar cuidados enfermeros a la persona sana y enferma, familia y comunidad en su medio ambiente natural y en el hospital.
- Orientar los cuidados enfermeros a la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y recuperación de la salud.
- Integración en el equipo multidisciplinar, cumpliendo las funciones propias de los cuidados enfermeros.
- Para poder contribuir a la formación del equipo y la educación para la salud de la población.
- Para investigar en el campo enfermero y de la enfermería.

En 1971, la Ley General de Educación abre la posibilidad de que la formación de enfermería se regule como formación profesional o como formación universitaria. Entre los años 1975 y 1976 se produce una fuerte movilización de los profesionales para que los estudios se integren en la universidad. Cabe destacar los trabajos de diferentes grupos de docentes y las movilizaciones del colectivo, entre ellas lo que se dio en llamar la Coordinadora Nacional, que propiciaron la integración de los estudios en la universidad.

Para la reforma de los estudios de ayudante técnico sanitario se crea una comisión interministerial com-





puesta por representantes del Ministerio de Educación, la Dirección General de Sanidad, el Instituto Nacional de Previsión, el Sindicato de Actividades Sanitarias, el Consejo General de Ayudantes Técnicos Sanitarios y asesores médicos y ayudantes técnicos sanitarios.

En este decreto se reflejan aspectos que van a ser decisivos para la formación enfermera, tales como la estructuración de las escuelas, la elaboración de los planes de estudios adecuados, la creación de organismos profesionales, el control de la calidad de la enseñanza, la incorporación de enfermeras y enfermeros a los cuerpos docentes universitarios, la formación continuada, la convalidación de las titulaciones y el desarrollo de las funciones docente e investigadora.

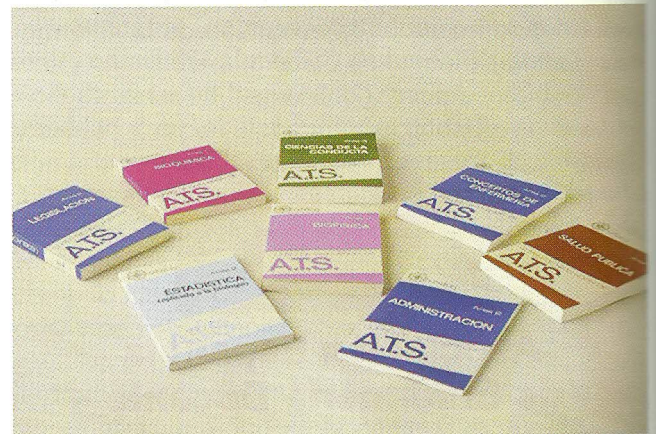
El nuevo plan de estudios de 1977 introduce diferencias sustanciales en relación con los anteriores, los aspectos más destacables pueden concretarse en los contenidos y orientaciones siguientes:

- Estudio de la persona desde una perspectiva integral, mediante la incorporación de las ciencias humanas y sociales en el curriculum.
- Perspectiva científica de los estudios, mediante el estudio del método científico.
- Proporcionalidad simétrica entre teoría y práctica, lo que supone la importancia de sustentar los conocimientos y habilidades necesarios para la práctica en conocimientos teóricos.
- La formación en el ámbito comunitario.
- Inclusión de contenidos para capacitar a los profesionales para asumir funciones más complejas (de administración y gestión), hacer juicios críticos, tomar decisiones y reorientar sus actividades de acuerdo a las transformaciones sociales y las demandas y necesidades de la comunidad.

La formación de la enfermería en la universidad en la línea que se ha descrito, además de posibilitar una formación universitaria, permite la adquisición del conocimiento en su medio natural, la vivencia con otros estudiantes, salir del hospital y compartir experiencias.

Hay que destacar en este punto del proceso de profesionalización de la enfermería que, paralelamente a que los nuevos profesionales adquieran la formación con la orientación que se ha descrito, los enfermeros y enfermeras formados con el siste-

ma anterior (ayudantes técnicos sanitarios) que ya estaban desarrollando la actividad profesional, tuvieron la posibilidad de nivelar conocimientos y homologar la titulación académica a través de lo que se denominó el Curso de Nivelación de Conocimientos para Ayudantes Técnicos Sanitarios, a través de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).



Textos del Curso de Nivelación

Con una importante red de escuelas como centros colaboradores de la UNED, el compromiso de los centros de trabajo, el de disponer de bibliografía específica elaborada por enfermeras españolas para este fin, etc. (la UNED publicó los textos correspondientes a todas las materias que componían el Curso de Nivelación de Conocimientos para Ayudantes Técnicos Sanitarios. Son textos cuyos contenidos hoy siguen siendo de interés: conceptos de enfermería, salud pública, ciencias de la conducta, administración, etc.), las ayudantes técnicas sanitarias respondieron masivamente a este nuevo reto y así, entre los años 1980 y 1990, convalidaron su título, a través de la nivelación de los conocimientos, el 60% de las profesionales existentes [21].

Este curso tenía las características de ser a distancia, como todos los estudios de la UNED, pero durante su desarrollo se impartieron cursos de seguimiento y apoyo en los hospitales, escuelas, colegios profesionales, etc. Esto supuso para enfermeras mucho más que la adquisición de los conocimientos de los contenidos del programa: significó el necesario debate y la reflexión alrededor de la unidad de criterios que suponía una formación homogénea. Las consecuencias fueron el impulso para situarnos en una perspectiva disciplinar.



Aunque las enfermeras habían sido habilitadas para la docencia universitaria a través de disposiciones transitorias del Ministerio de Educación y Ciencia que permitían la contratación temporal, y se habían incorporado a su impartición desde los inicios de los estudios en la universidad, la Ley de Reforma Universitaria de 1983 y el posterior desarrollo de su título quinto, supuso un elemento importante en el desarrollo de la enfermería, ya que establece el acceso a las plazas de profesor titular por áreas de conocimiento. Al ser determinadas éstas por el Consejo de Universidades, se reconoce la enfermería como área específica, lo que posibilita a las enfermeras la incorporación a la docencia en la universidad con la titulación de diplomatura, y que la enfermería pueda ser enseñada por enfermeras.

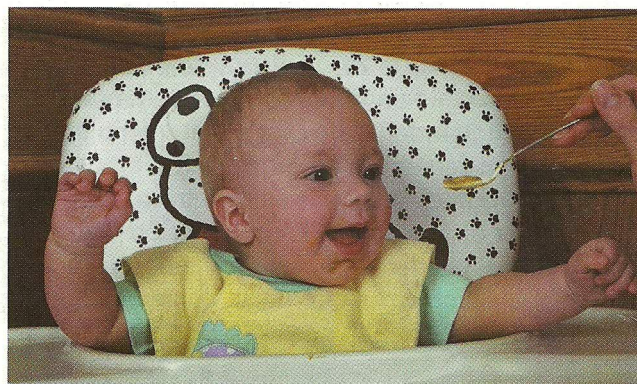
Simultáneamente a la instauración de los estudios en la universidad, se plantea la necesidad de completar, desde la nueva realidad, el desarrollo profesional a través de especialidades de enfermería y el desarrollo disciplinar a través de la instauración de la Licenciatura y el Doctorado en Enfermería. En el desarrollo de ambas reivindicaciones se viene trabajando desde entonces. Sobre la importancia del desarrollo de la licenciatura se profundiza al tratar sobre la disciplina en el apartado siguiente.

En cuanto a las especialidades, su razón de ser viene determinada por la necesidad de especialización de las enfermeras generalistas que proporciona la formación básica. Diversos grupos han venido trabajando y elaborando diferentes propuestas. El Real Decreto de Especialidades 992/1987 viene a establecer las siguientes: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Enfermería Geriátrica, y Gerencia y Administración de Enfermería. A pesar del reconocimiento en el Real Decreto mencionado, actualmente tan sólo se han desarrollado la de Matrona y Enfermera Especialista en Salud Mental.

Dos hechos relativamente recientes (1984) han sido fundamentales en la consolidación del proceso de profesionalización de la enfermería:

Dos hechos relativamente recientes (1984) han sido fundamentales en la consolidación del proceso de profesionalización de la enfermería:

- El desarrollo de la atención primaria de salud, con la creación de las estructuras básicas de salud. Mediante Real Decreto se definen las funciones que desarrollará el equipo de salud, en el que se incorporan las enfermeras haciendo una aportación específica, los cuidados enfermeros, de gran valor para la salud de la población.
- El nuevo Modelo de Gestión, en el que en su apartado "Nuevo Modelo de Gestión en Enfermería" reconoce la necesidad de la organización de la estructura funcional de la enfermería por las propias enfermeras. A partir de este Modelo de Gestión en los hospitales (del Instituto Nacional de la Salud) y posteriormente en las áreas de atención primaria de salud, se incorporan las direcciones de enfermería, haciendo constar así la importancia que se les concede a los cuidados enfermeros.



Especialidad en Enfermería pediátrica

Según pone de manifiesto Durán [22] en un análisis sobre la enfermería en la década de la reforma sanitaria (1982-1992), a finales de los años ochenta y principios de los noventa la enfermería experimenta un avance singular, con la incorporación de las enfermeras a los órganos de toma de decisiones y con las competencias que les son asignadas en la atención hospitalaria y especialmente en la atención primaria. Aunque en este mismo trabajo reflexiona sobre la necesidad de continuar desarrollando competencias profesionales y la fundamentación disciplinar, basado todo ello en la investigación.



En la actualidad la formación de las enfermeras es, según Arroyo y Mompert [23], de una alta cualificación en aspectos clínicos y tecnológicos, humanísticos, de promoción de la salud y de gestión, lo que sin duda posibilita que su aportación a la salud de las personas y los grupos sea muy significativa. Sin embargo según estas autoras no está siendo utilizada esta capacitación en el desarrollo profesional de las enfermeras en el sistema de salud.

Como se ha argumentado en otros momentos, un todo se desarrolla cuando lo hacen armónica y complementariamente cada una de sus partes, y cada vez que se consolida una mejora en la formación desde la perspectiva enfermera repercute en la práctica, y se produce un definitivo desarrollo profesional.

## LA DISCIPLINA ENFERMERA

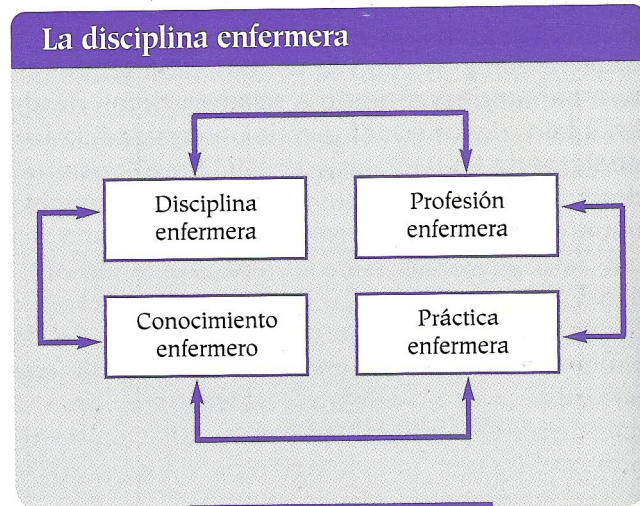
Se entiende como disciplina enfermera la ciencia enfermera, y como profesión enfermera el ejercicio o práctica de la enfermería basado en el conocimiento enfermero.

Para Donati [24], la disciplina y la profesión no siempre avanzan a un mismo ritmo. Esto ha ocurrido con la evolución de una y otra en la enfermería. La disciplina en relación con la profesión en algunos aspectos y momentos puede sufrir retraso, ir por delante y/o ser distorsionada. En la profesión ocurre algo similar: se pueden estar desarrollando prácticas y presentando problemas que no se contemplan en la teoría y análisis disciplinares.

El verdadero avance está en armonizar y hacer recíprocos los adelantos en ambos campos (Ver Tabla 6). Para el desarrollo del todo es necesario el desarrollo de las partes y el progreso de la enfermería sólo es posible con el crecimiento armónico entre conocimientos e intervenciones, entre teoría y práctica.

La construcción de la disciplina enfermera pasa por establecer el marco teórico que contemple la finalidad y el sentido de la enfermería –su contribución a la salud de las personas y los grupos–, los aspectos metodológicos con los que se lleva a cabo esta contribución y la intervención en el campo enfermero.

Tabla 6.



Los conocimientos constitutivos de la disciplina son el objeto de este texto, las explicaciones científicamente construidas constituyen el conjunto ordenado de saberes, sistemático e interrelacionado que explica el objeto de la enfermería: la persona, que en constante interacción con su entorno, tiene problemas de cuidados de salud.

En nuestra realidad el objeto de estudio de la disciplina, hoy, lo constituyen:

- El marco teórico enfermero, las teorías y los modelos de cuidados enfermeros.
- El método para aplicarlos en la práctica enfermera, el proceso de atención de enfermería.

El inicio de la ciencia enfermera se puede situar en la década de los años cincuenta, que es cuando se empieza a desarrollar la investigación en el campo de la enfermería. Los resultados de las investigaciones se plasman en las teorías enfermeras, modelos de cuidados, que ofrecen las explicaciones teóricas de las situaciones enfermeras y el método con el que deben ser aplicados en la práctica, y con los resultados de la aplicación se validan los conocimientos expresados en las construcciones teóricas.

Si bien no vamos a entrar aquí en el desarrollo de las teorías y métodos enfermeros, por ser ampliamente tratados en capítulos posteriores, sí que vamos a profundizar posteriormente en un elemento



imprescindible para el desarrollo de la disciplina: la Licenciatura en Enfermería [25] por ser ésta fundamental para la investigación enfermera.

La Licenciatura en Enfermería es una realidad desde mediados del siglo XX en los Estados Unidos y, posteriormente, en el Reino Unido, algunos países de Iberoamérica, etc. La licenciatura representa la posibilidad de la investigación en el campo de la enfermería y el desarrollo disciplinar.

Desde que los estudios se estructuran dentro de la universidad, se viene argumentando la necesidad de desarrollar el segundo y tercer ciclo de formación enfermera, para así contemplar la formación y capacitación investigadora de la enfermería y de las enfermeras [26, 27].

En las sociedades actuales, con cambios e innovaciones permanentes y con una necesidad constante de profundizar y ampliar los conocimientos, se hace absolutamente necesario un nivel de formación que capacite para la investigación. Los resultados van a permitir ofrecer las respuestas más oportunas a las demandas sociales de su área de competencia, y esto sólo es posible a través de la Licenciatura y Doctorado en Enfermería.

Para Blasco [28], es imprescindible estructurar la formación enfermera en la universidad en tres ciclos, y hace la propuesta siguiente: un primer ciclo básico que capacite para la práctica y que se correspondería

con el que en el contexto europeo es el de enfermera generalista; un segundo ciclo que capacite para la gestión y la enseñanza con un amplio contenido (alrededor de un 50%) sobre teorías, modelos, profundización en cuidados, etc., y otro 50% que proporcione instrumentos para la gestión y forme sobre el cuidar; y un tercer ciclo que faculte para investigar y nos permita progresar en la ciencia enfermera.

Actualmente, contamos con un nivel de desarrollo profesional y disciplinar que está dando lugar a una corriente de opinión que se materializa en diferentes trabajos, propuestas y acciones, entre los que cabe destacar el desarrollo de la licenciatura como título propio. Actualmente se está desarrollando la licenciatura como título propio en las Universidades de Alicante, Huelva y Tarragona, con un proyecto desarrollado inicialmente en la Universidad de Alicante y posteriormente asumido en lo esencial por la Conferencia de Directores de las Escuelas Estatales de Enfermería y tomado como referencia para los proyectos posteriores. Este proyecto coincide en lo sustancial con la propuesta de Blasco, antes mencionada. Sin duda, lo que acaba de iniciarse deberá culminar en el reconocimiento de los títulos propios como título oficial. Será entonces cuando se pueda profundizar en el desarrollo disciplinar: esto contribuirá al desarrollo profesional y éste, a su vez, repercutirá en la mejora de los cuidados enfermeros y en la aportación a las mejoras de la salud de las personas y los grupos.



## Resumen

- Se ha relacionado la evolución y consolidación de la enfermería como profesión y como disciplina con la evolución de la construcción del conocimiento enfermero, la formación estructurada y la práctica de los cuidados, por ser los elementos que caracterizan a las profesiones.
- A lo largo del siglo XX se ha producido en el Reino Unido y en Norteamérica un desarrollo espectacular de la profesión y de la disciplina. En España los avances más significativos han tenido lugar en las últimas décadas y han sido consecuencia de la evolución general y la del propio colectivo. Considerando, desde esta premisa, que son muy importantes las aportaciones que vienen realizando distintas enfermeras españolas a nuestro desarrollo profesional y disciplinar, no se ha entrado en este capítulo en el análisis de estas aportaciones porque, como se apunta en la introducción, los contenidos de este apartado son tratados extensamente a lo largo del texto y será en el desarrollo concreto de los contenidos específicos donde se profundice en los trabajos concretos.
- Existe un interés muy especial en el desarrollo de todo el capítulo, al igual que en el anterior, por poner de manifiesto que la evolución y los cambios que se van produciendo están determinados más por contexto social y cultural general que por los esfuerzos concretos de personas y/o grupos, pues es el contexto general el que posibilita o dificulta la evolución, como por ejemplo se ponía de manifiesto en relación con el análisis de las aportaciones de Florence Nightingale o la implicación de diferentes grupos en el Curso de Nivelación de Conocimientos. Es necesario desarrollar las innovaciones que se consideran necesarias anteponiéndose a los momentos que hacen posibles los cambios, como se ha tratado de plantear en el apartado dedicado a los aspectos disciplinares, como por ejemplo con el desarrollo de la propuesta de Licenciatura y su instauración como título propio en diferentes universidades.



## Bibliografía

- [1] Collière, MF. *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1993.
- [2] Moreno, M. *Cómo se enseña a ser niña. El sexismo en la escuela*. Barcelona: Icaria Editorial S.A., 1986.
- [3] Savater, F. Las enfermeras. *El País Semanal*, 15 de septiembre de 1997.
- [4] Hernández-Conesa, J. y Esteban-Albert, HCM. *Fundamentos de la enfermería. Teoría y método*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1999.
- [5] Duran, MA. *Cambio social y cambio legal en la profesión de enfermería*. Torremolinos: V Sesiones de la Asociación Española de Enfermería Docente, 1984.
- [6] Hernández-Conesa, J. *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1995.
- [7] Medina, JL. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía, 1998.
- [8] Capel, MR. *El trabajo y la educación de la mujer en España*. Madrid: Ministerio de Cultura. Instituto de la mujer, 1986.
- [9] Buxó, MJ. *Antropología de la mujer. Cognición, lengua e ideología cultural*. Barcelona: Anthropos, 1991.
- [10] Rivera, M. *Nombrar el mundo en femenino*. Barcelona: Icaria, 1996.
- [11] Freidson, E. *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Madrid: Península, 1978.
- [12] Martín-Moreno, J.; de Miguel, A. *Sociología de las profesiones*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1982.
- [13] Cohen, E. *La enfermería y su identidad profesional*. Barcelona: Grijalbo, 1998.
- [14] Mompert, MP. *El estilo de la enfermera excelente y las estrategias para el éxito*. San Sebastián: XIX Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente, 1999.
- [15] Donahue, MP. *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma, 1985.
- [16] Nightingale, F. *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Salvat Editores, 1990.
- [17] Domínguez-Alcón, C. *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Píramide, 1986.
- [18] Santo Tomás, M. Historia de la enfermería. En: Fernández, C.; Garrido, M.; Santo Tomás, M.; Serrano, MD. *Enfermería Fundamental*. Barcelona: Masson, 1995.
- [19] Tey, R. *Hacia una definición de enfermería*. Barcelona: III Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente, 1982.
- [20] Alberdi, R. Sobre las concepciones de la enfermería. *Rev. ROL de Enfermería*. 1988; 25-30, 115.
- [21] Calvo, S. y Mompert, MP. *La experiencia del curso de nivelación en la construcción del futuro*. Sevilla: XII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente, 1992.
- [22] Durán, M. El cambio en la enfermería. En: Ortega, F.; Lamata, F. *La década de la reforma sanitaria*, Madrid: Exlibris Ediciones S.L., 1998.
- [23] Arroyo, MP.; Mompert, MP. La reforma de las escuelas de enfermería. En: Ortega, F.; Lamata, F. *La década de la reforma sanitaria*, Madrid: Exlibris Ediciones S.L., 1998.
- [24] Donati, P. *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A., 1994.
- [25] Especial Licenciatura. Suplemento del nº23 de la *Revista Metas de Enfermería*. Marzo, 2000.
- [26] Mompert, MP.; Alberdi, R. Proyecto de Licenciatura en Enfermería. *Rev. ROL de Enfermería*.; 1981, 37.
- [27] Blasco, R. *Proyecto de Licenciatura en Enfermería*. Valencia: VII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente, 1986.
- [28] Blasco, R. *Las estructuras en los estudios de Enfermería*. Cádiz: XVIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente, 1997.



## Bibliografía

- [1] Collière, MF. *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1993.
- [2] Henderson, VA. *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones después de 25 años*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1994.
- [3] Hall, DC. *Documento básico sobre enfermería*. Ginebra: OMS, 1979.
- [4] Black, D.; Morris, J.; Smith, C.; Town-Send, P. *Inequalities in health. The Black report*. Londres: Penguin Book, 1982.
- [5] Santo Tomás, M. Historia de la enfermería, En: Fernández, C.; Garrido, M.; Santo Tomás, M.; Serrano, MD. *Enfermería fundamental*. Barcelona: Masson, 1995.
- [6] Arsuaga, JL. *El collar de Neanderthal. En busca de los primeros pensadores*. Madrid: Temas de hoy, 1999.
- [7] Oestreich, G.; Sommermann, KP. *Pasado y presente de los derechos humanos*. Madrid: Tecnos, 1990.
- [8] Durán, MA. Rasgos patriarcales del discurso filosófico: Notas acerca del sexismo en filosofía. En: Amorós, C. *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Barcelona: Anthropos, 1991.
- [9] Zubiri, X. *Cinco lecciones de filosofía*. Madrid: Alianza Editorial, 1994.
- [10] Martínez, JF. y Aparicio, V. El proceso salud enfermedad. Evolución histórica. En: Mazarrasa, L.; Germán, C.; Sánchez, AM.; Merelles, T. y Aparicio, V. *Salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1996.
- [11] Donahue, MP. *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma, 1985.
- [12] Hernández-Conesa, J. *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1995.
- [13] Medina, JL. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía, 1998.
- [14] Peregrino, E. Salud y enfermedad. Una visión antropológica. En: Mazarrasa, L.; Germán, C.; Sánchez, AM.; Merelles, T. y Aparicio, V. *Salud pública y enfermería comunitaria*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1996.
- [15] Donati, P. *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A., 1994.
- [16] Francisco, C. Imagen de la enfermería. En: *I Jornadas de Enfermería y sindicalismo*. Madrid: Federación de trabajadores de la salud de CCOO 1990.
- [17] Giddens, A. *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial, 1992.
- [18] Buxó, MJ. *Antropología de la mujer. Cognición, lengua e ideología cultural*. Barcelona: Anthropos, 1991.
- [19] Kottak, CP. *Antropología cultural. Espejo para la humanidad*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1997.
- [20] Murillo, S. *El mito de la vida privada. De la entrega al tiempo propio*. Madrid: Siglo XXI, 1996.
- [21] Durán, MA. *De puertas adentro*. Madrid: Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer, 1988.
- [22] Moreno, M. *Cómo se enseña a ser niña. El sexismo en la escuela*. Barcelona: Icaria Editorial S.A., 1986.
- [23] Capel, MR. *El trabajo y la educación de la mujer en España*. Madrid: Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer, 1986.
- [24] Brullet, C. Roles e identidades de género: Una construcción social. En: García de León, MA.; Ortega, F. y de Cortazar, MG. *Sociología de las mujeres españolas*. Madrid: Complutense, 1996.
- [25] Martín-Moreno, J. y de Miguel, A. *Sociología de las profesiones*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1982.
- [26] Lagarde, M. *Identidad y subjetividad femenina*. Madrid: Puntos de encuentro, 1992.
- [27] Francisco, C. Pasado, presente y futuro de la enfermería. En: *I Jornadas de Enfermería*. Salamanca: Distrito Universitario de Salamanca, 1980.

de la enfermería y normas para el ejercicio de la enfermería clínica.

## Definiciones de enfermería

Hace más de 100 años, Florence Nightingale definió la enfermería como «el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarle en su curación» (Nightingale, 1860). Nightingale consideraba que un ambiente limpio, bien ventilado y tranquilo era fundamental para la recuperación del paciente. Considerada con frecuencia como la primera teórica de la enfermería, Nightingale elevó el prestigio de esta profesión a través de la educación. Las enfermeras ya no eran amas de casa sin formación, sino personas formadas en el cuidado de los enfermos.

Virginia Henderson fue una de las primeras enfermeras contemporáneas que definió la enfermería. Escribió «La función propia de la enfermera es asistir al individuo, enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) que podría realizar por sí mismo si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento, y a realizarlo de tal forma que lo ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible» (Henderson, 1966, pág. 3). Al igual que Nightingale, Henderson describió la enfermería en relación con el paciente y con el entorno del paciente. A diferencia de Nightingale, Henderson veía a las enfermeras relacionadas con individuos tanto sanos como enfermos, reconoció que las enfermeras interactúan con los pacientes incluso cuando no es posible su curación, y mencionó las funciones de educación y defensa de la enfermera.

En 1987, la *Canadian Nurses Association* (CNA) describió la práctica de la enfermería como una relación dinámica, atenta y de ayuda en la que la enfermera ayuda al paciente a lograr y obtener una salud óptima (CNA, 1987). En la segunda mitad del siglo XX, numerosos teóricos de la enfermería desarrollaron sus propias definiciones teóricas. Las definiciones teóricas son importantes porque van más allá de comunes definiciones simplistas. Describen lo que es la enfermería y las interrelaciones entre los profesionales de enfermería, la enfermería, el paciente, el entorno y el objetivo que se pretende con el paciente: la salud (véase el Capítulo 3).

Ciertos temas son comunes a muchas de estas definiciones:

- La enfermería es cuidado.
- La enfermería es un arte.
- La enfermería es una ciencia.
- La enfermería está centrada en el paciente.
- La enfermería es holística.
- La enfermería es adaptable.
- La enfermería está relacionada con la promoción de la salud, el mantenimiento de ésta y su restauración.
- La enfermería es una profesión de ayuda.

Las asociaciones profesionales de enfermería también han estudiado la enfermería y han desarrollado sus definiciones sobre la misma. En 1973, la *American Nurses Association* (ANA) describió la práctica de la enfermería como «directa, orientada a objetivos, y adaptable a las necesidades del individuo, la fa-

milia y la comunidad durante la salud y la enfermedad» (ANA, 1973, pág. 2). En 1980, la ANA cambió esta definición de enfermería por la siguiente: «La enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de la respuesta humana a los problemas de salud reales o potenciales» (ANA, 1980, pág. 9). En 1995, la ANA reconoció la influencia y contribución de la ciencia asistencial a la filosofía y a la práctica de la enfermería. Sus definiciones más recientes de enfermería reconocen cuatro características esenciales de la práctica contemporánea de la enfermería:

- La atención a toda la gama de experiencias humanas y respuestas frente a la salud y la enfermedad sin las restricciones de una orientación centrada en el problema.
- La integración de datos objetivos con el conocimiento adquirido a través de la comprensión de la experiencia subjetiva del paciente o de un grupo.
- La aplicación del conocimiento científico al proceso de diagnóstico y tratamiento.
- Proporcionar una relación de cuidados que facilite la salud y la curación (ANA, 1995).

La investigación en la exploración del significado de cuidados de enfermería es cada vez mayor. Por ejemplo, Sherwood (1997) dirigió un metaanálisis de estudios cualitativos que describía la asistencia desde el punto de vista de los pacientes. Así mismo, Beck (2001) analizó estudios cualitativos que investigaron la asistencia en el interior de las escuelas de enfermería. Los detalles sobre la asistencia se describen en el Capítulo 24. Véase también «las premisas sobre cuidados» de Watson (Recuadro 3-1) en el Capítulo 3.

## Destinatarios de los cuidados de enfermería

En ocasiones, a los destinatarios de los cuidados de enfermería se les denomina consumidores, en otras pacientes y, a veces, clientes. Un **consumidor** es un individuo, un grupo de personas, o una comunidad que utiliza un servicio o un producto. Las personas que utilizan productos o servicios sanitarios son consumidores de una asistencia sanitaria.

Un **paciente** es una persona que está esperando recibir o está recibiendo tratamiento y cuidados médicos. La palabra *paciente* viene de una palabra latina que significa «sufrir» o «soportar». En general, las personas se convierten en pacientes cuando buscan asistencia como consecuencia de una enfermedad o intervención quirúrgica. Algunos profesionales de la enfermería piensan que la palabra *paciente* implica una aceptación pasiva de las decisiones y cuidados de los profesionales sanitarios. Además, al incidir en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, muchos de los destinatarios de los cuidados de enfermería no se encuentran enfermos. Es más, los enfermeros interactúan con miembros de la familia y otros allegados importantes con el fin de proporcionar apoyo, información y confort, además de cuidar al paciente.

Por estos motivos, los profesionales de la enfermería se refieren cada vez más a los destinatarios de sus cuidados como *clientes*. Un **cliente** es una persona que requiere los consejos o los servicios de otra que está cualificada para proporcionar dicho



servicio. El término *cliente* presenta a los destinatarios de cuidados como colaboradores en la asistencia, es decir, como personas que también son responsables de su propia salud. Por tanto, el estado de salud de un cliente es responsabilidad del propio individuo en colaboración con los profesionales sanitarios. En este libro, el término de elección es el de paciente, aunque también se utilizan en algunos casos *consumidor* y *cliente*.

## Objetivos de la enfermería

Los profesionales de enfermería proporcionan cuidados a tres tipos de pacientes: individuos, familias y comunidades. Los marcos teóricos aplicables a estos tipos de pacientes, así como la valoración de la salud individual, familiar y comunitaria se describen con detalle en el Capítulo 12.

La práctica de enfermería comprende cuatro áreas: la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de la enfermedad, la recuperación de la salud, y el cuidado de los enfermos terminales.

### Promoción de la salud y el bienestar

La salud es un estado de bienestar. Significa adquirir actitudes y comportamientos que aumenten la calidad de vida y eleven al máximo el potencial personal (Anspaugh, Hamrick y Rossa, 2001). Los profesionales de enfermería fomentan el bienestar de los pacientes tanto sanos como enfermos. Esto puede implicar llevar a cabo actividades individuales y comunitarias que favorezcan hábitos de vida saludables, tales como la mejora de la nutrición y de la condición física, la prevención del abuso de drogas y de alcohol, la reducción del tabaquismo, y la prevención de lesiones y accidentes domésticos y laborales. Véase el Capítulo 8 para más detalles.

### Prevención de la enfermedad

El objetivo de los programas de prevención de la enfermedad es mantener una salud óptima mediante la prevención de las enfermedades. Las actividades de enfermería que previenen enfermedades incluyen inmunizaciones, cuidados infantiles y prenatales, y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

### Recuperación de la salud

La recuperación de la salud se centra en el paciente enfermo y se extiende desde la detección precoz de la enfermedad hasta la asistencia al paciente durante el período de recuperación. Entre las actividades de enfermería se incluyen las siguientes:

- Proporcionar cuidados directos a la persona enferma, tales como la administración de medicamentos, baños, procedimientos y tratamientos específicos.
- Realización de procedimientos diagnósticos y de valoración, tales como medir la tensión arterial y realizar un examen de sangre oculta en heces.
- Consultar con otros profesionales sanitarios sobre los problemas del paciente.

- Enseñar a los pacientes actividades de recuperación, como ejercicios que acelerarán la recuperación después de un ictus.
- La rehabilitación de los pacientes hasta alcanzar su nivel funcional óptimo tras una enfermedad física o psíquica, lesiones, o adicciones a sustancias estupefacientes.

## Cuidado de los enfermos terminales

Esta parte de la práctica de enfermería implica el consuelo y el cuidado de personas de todas las edades que se están muriendo. Incluye ayudar al paciente a vivir lo mejor posible hasta su muerte, y prestar apoyo a quienes los cuidan para enfrentarse a la muerte. Los enfermeros que desarrollan estas actividades trabajan en hogares, hospitales y centros para enfermedades crónicas. Algunas instituciones, denominadas centros de cuidados paliativos, están diseñadas específicamente con este fin.

## Ámbitos de la enfermería

En el pasado, el principal ámbito de actuación de la mayoría de los profesionales de enfermería era el de los cuidados de casos agudos en hospitales. En la actualidad, muchos enfermeros trabajan en hospitales, pero un número cada vez mayor trabaja en los domicilios de los pacientes, en instituciones comunitarias, en clínicas ambulatorias, en centros para enfermos crónicos, en organizaciones sanitarias (OS), y en centros de enfermería (véase la Fig. 1-12).

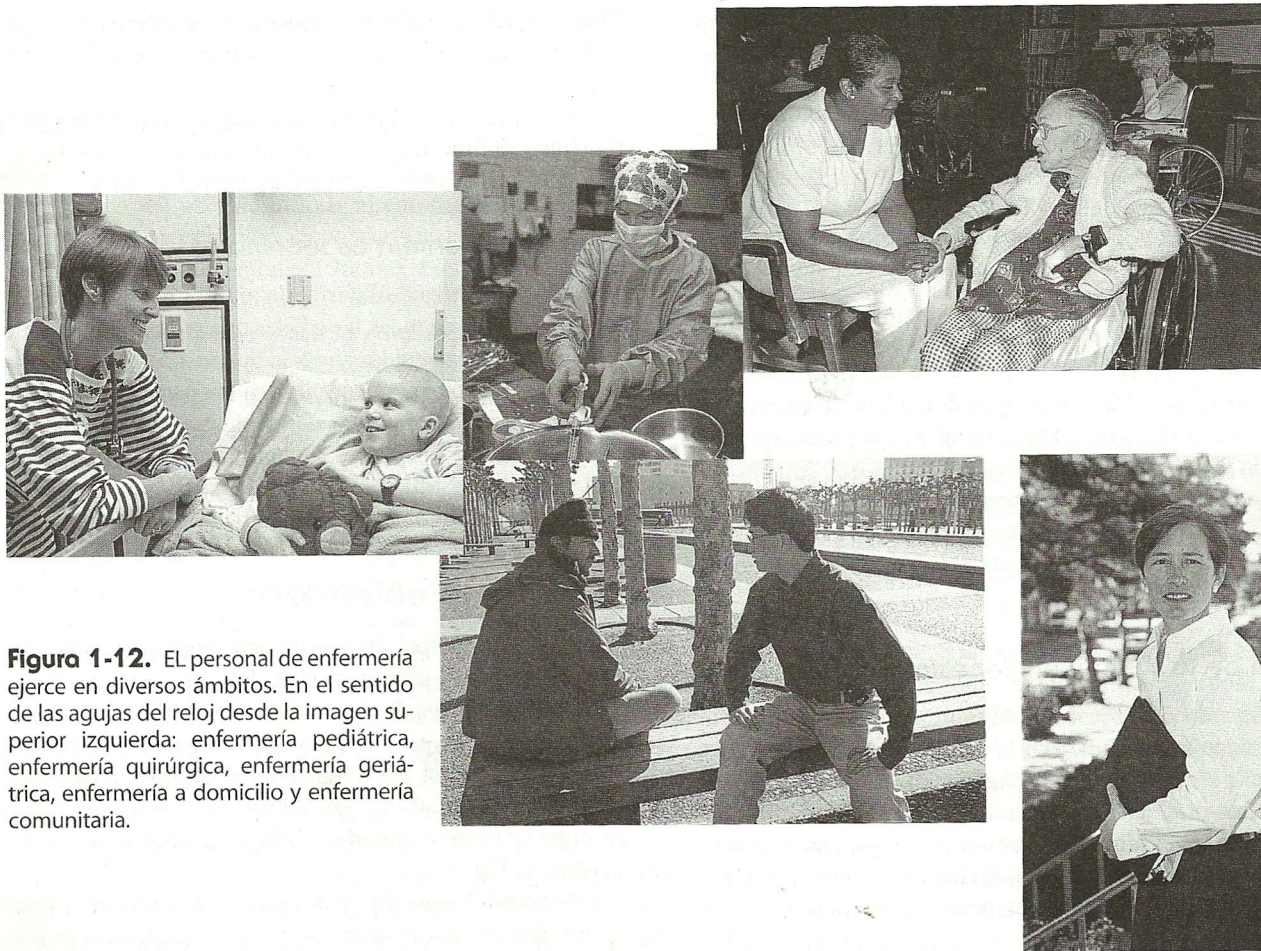
Los enfermeros tienen diferentes grados de autonomía y de responsabilidad en los distintos ámbitos del ejercicio de la enfermería. Pueden proporcionar asistencia directa, educar a los pacientes y apoyar a las personas, servir como defensores de la profesión, y como agentes de cambio, así como ayudar a decidir las políticas sanitarias que afectan a los consumidores en la comunidad y en los hospitales. Para más información sobre los modelos del ejercicio de la enfermería, véase el Capítulo 6.

## Legislación sobre la práctica de la enfermería

Las normas o la legislación sobre la práctica profesional de la enfermería regulan la práctica de esta profesión en los Estados Unidos y en Canadá. Cada estado de los Estados Unidos y cada provincia de Canadá tiene su propia legislación. Aunque la legislación sobre la práctica de la enfermería difiere entre las distintas jurisdicciones, todas tienen un fin común: proteger al público. Los profesionales de enfermería son responsables de conocer la legislación propia de su estado, ya que rige su práctica. Para más información, véase el Capítulo 4.

## Normas para el ejercicio de la enfermería clínica

Una de las principales funciones de una organización profesional es la creación y aplicación de unas normas para su ejercicio. El objetivo de las **normas del ejercicio de la enfermería clínica** es describir la responsabilidad que han de asumir los pro-



**Figura 1-12.** El personal de enfermería ejerce en diversos ámbitos. En el sentido de las agujas del reloj desde la imagen superior izquierda: enfermería pediátrica, enfermería quirúrgica, enfermería geriátrica, enfermería a domicilio y enfermería comunitaria.

fesionales de la enfermería (véase el Recuadro 1-1). Las normas a) reflejan los valores y las prioridades de la enfermería, b) proporcionan la dirección para el ejercicio profesional de la enfermería, c) proporcionan un marco para la evaluación de la práctica de la enfermería, y d) definen la responsabilidad de la profesión respecto a los resultados del público y del paciente de los cuales la enfermera es responsable (ANA, 1998). La *American Nurses Association* aprobó unas normas generales para el ejercicio de la enfermería clínica, aplicables al ejercicio de la enfermería independientemente del área de especialización. Varias organizaciones de enfermería especializada han desarrollado normas más específicas para el ejercicio de la enfermería en sus áreas correspondientes. Para los profesionales de enfermería en Canadá, cada provincia o territorio establece sus propias normas para el ejercicio de la profesión.

## ROL Y FUNCIONES DE LA ENFERMERA

El personal de enfermería asume diversos roles cuando presta asistencia a sus pacientes. Los enfermeros suelen desempeñar estos roles simultáneamente, ya que no se excluyen entre sí. Por ejemplo, un enfermero puede actuar como asesor a la vez que proporciona cuidados físicos y mientras enseña aspectos de esos cuidados. Los papeles requeridos en un momento de-

terminado dependen de las necesidades del paciente y de aspectos específicos del entorno.

### Cuidador

El papel de **cuidador** tradicionalmente ha incluido aquellas actividades que ayudan al paciente física y psicológicamente a la vez que preservan su dignidad. Las actuaciones de enfermería necesarias pueden suponer el cuidado completo de un paciente totalmente dependiente, y la asistencia de apoyo-educativa para ayudar a los pacientes a lograr el máximo nivel posible de salud y bienestar. Los cuidados engloban niveles físicos, psicológicos, de desarrollo, culturales y espirituales. El proceso de enfermería ofrece a los enfermeros un marco para proporcionar los cuidados (véanse los Caps. 15-19). Una enfermera puede proporcionar directamente los cuidados o delegar en otros cuidadores.

### Comunicador

La comunicación forma parte de todas las funciones de la enfermería. El personal de enfermería se comunica con el paciente, con las personas que lo cuidan, con otros profesionales sanitarios y con la gente de la comunidad.

## RECUADRO 1-1

## ■ Normas para el ejercicio de la enfermería clínica de la ANA

**Normas del proceso de atención**

- I. Valoración  
El personal de enfermería recoge los datos sobre la salud del paciente.
- II. Diagnóstico  
El personal de enfermería analiza los datos de valoración y establece un diagnóstico.
- III. Identificación de resultados  
El personal de enfermería identifica los resultados esperados de cada paciente.
- IV. Planificación  
El personal de enfermería elabora un plan de cuidados que prescribe las intervenciones necesarias para alcanzar los resultados deseados.
- V. Ejecución  
El personal de enfermería ejecuta las intervenciones identificadas en el plan de cuidados.
- VI. Evaluación  
El personal de enfermería evalúa el progreso del paciente en relación a los resultados esperados.

**Normas sobre el rendimiento profesional**

- I. Calidad de la Atención  
El personal de enfermería evalúa sistemáticamente la calidad y la eficacia de la práctica de enfermería.

- II. Análisis del Rendimiento  
El personal de enfermería evalúa su propia práctica en relación con las normas del ejercicio profesional y los estatutos y reglamentos pertinentes.
- III. Formación  
El personal de enfermería adquiere y mantiene al día sus conocimientos sobre el ejercicio de la enfermería.
- IV. Corporativismo  
El personal de enfermería se relaciona y contribuye al desarrollo profesional de compañeros y otros profesionales sanitarios, como colegas.
- V. Ética  
Las decisiones y actuaciones del enfermero en nombre del paciente están presididas por la ética.
- VI. Colaboración  
El profesional de enfermería colabora con el paciente, su familia y otros profesionales sanitarios a la hora de prestar los cuidados al paciente.
- VII. Investigación  
El personal de enfermería aplica los resultados de investigaciones a su práctica.
- VIII. Utilización de Recursos  
El profesional de enfermería tiene en cuenta factores relacionados con la seguridad, la eficacia y los costes en la planificación y la ejecución de los cuidados del paciente.

*Nota:* De *Standards of Clinical Nursing Practice*, 2.<sup>a</sup> ed., de la American Nurses Association, 1998, Washington DC: American Nurses Publishing, American Nurses Foundation/American Nurses Association. Reproducido con autorización.

Dentro de la función de **comunicador**, los enfermeros identifican los problemas del paciente y luego los comunican verbalmente o por escrito a otros miembros del equipo sanitario. La calidad de la comunicación del enfermero es un factor importante de los cuidados de enfermería. El profesional de enfermería debe ser capaz de comunicarse con claridad y precisión con el fin de cubrir las necesidades de la asistencia sanitaria del paciente (véanse los Caps. 20 y 24).

**Educador**

Como **educador** el enfermero ayuda al paciente a aprender sobre su salud y sobre los procedimientos sanitarios que necesita realizar para recuperar o mantener su salud. El profesional de enfermería valora las necesidades de aprendizaje del paciente y su disposición a aprender, se marca objetivos específicos conjuntamente con el paciente, lleva a la práctica estrategias de enseñanza y evalúa el aprendizaje. El personal de enfermería también enseña al personal auxiliar en prácticas, en quienes delega cuidados, y comparte sus conocimientos con otros enfermeros y profesionales de la salud. Véase el Capítulo 25 para más detalles sobre el proceso de enseñanza/aprendizaje.

**Defensor del paciente**

Como **defensor del paciente** actúa para protegerlo. En este rol, el enfermero puede representar las necesidades y los deseos del paciente ante otros profesionales sanitarios, como

por ejemplo exponiendo los deseos de información del paciente ante el médico. También ayudan al paciente a la hora de ejercer sus derechos y a hablar por sí mismos (véase el Cap. 5).

**Asesor**

El **asesoramiento** es el proceso de ayudar a un paciente a reconocer y enfrentarse a problemas sociales o psicológicos estresantes, a desarrollar mejores relaciones interpersonales, y a promocionar el progreso personal mediante apoyo intelectual, emocional y psicológico. El personal de enfermería asesora principalmente a individuos sanos con dificultades adaptativas normales y se centra en ayudar a la persona a crear nuevas actitudes, sentimientos y comportamientos, animando al paciente a buscar comportamientos alternativos, a reconocer las opciones y a desarrollar una sensación de control.

**Agente de cambio**

El personal de enfermería actúa como **agente de cambio** cuando ayuda a otros, es decir, al paciente, a modificar su propia conducta. Los profesionales de enfermería también suelen actuar para realizar cambios en un sistema, tales como la asistencia clínica, si ésta no está ayudando al paciente a recuperar la salud. Las enfermeras están continuamente tratando con cambios en el sistema sanitario. Los cambios tecnológicos, los cambios en la edad de la población y los cambios en los fár-

macos son sólo algunos de los cambios a los que se enfrentan diariamente los profesionales de enfermería. Véase el Capítulo 26 para más información sobre estos cambios.

## Líder

Un **líder** influye en otros para trabajar conjuntamente con el fin de lograr un objetivo concreto. El papel de líder se puede desempeñar a diferentes niveles: pacientes individuales, familia, grupos de pacientes, colegas, o en la comunidad. Un liderazgo eficaz implica un proceso que se aprende y que requiere la comprensión de las necesidades y los objetivos que motivan a las personas, el conocimiento para aplicar las capacidades de liderazgo, y las capacidades interpersonales para influir en otros. El papel de liderazgo del personal de enfermería se describe en el Capítulo 26.

## Director

El personal de enfermería dirige los cuidados de enfermería de individuos, familias y comunidades. El **director**-enfermero también delega actividades de enfermería en auxiliares y en otro personal de enfermería, y supervisa y evalúa sus intervenciones. La dirección requiere conocimientos sobre estructura y dinámica organizativas, autoridad y responsabilidad, liderazgo, teorías de cambio, defensa, delegación, y supervisión y evaluación. Véase el Capítulo 26 para más detalles.

## Gestor

Los profesionales de enfermería gestionan tareas junto con el equipo sanitario multidisciplinar, con el fin de medir la efectividad del plan de gestión y para monitorizar los resultados. Cada institución o unidad especifica el papel del **gestor** de enfermería. En algunas instituciones, el gestor trabaja con el personal de enfermería para supervisar la asistencia de un determinado número de casos. En otros centros, el gestor es la enfermera o alguien que asiste directamente en alguna medida al paciente y a su familia. Las aseguradoras también han desarrollado varios roles para la enfermera gestora, y su responsabilidad varía desde la gestión en hospitalización de casos agudos hasta la gestión de pacientes o casos de elevado coste. Independientemente del contexto, los gestores ayudan a asegurar que la asistencia esté orientada al paciente, a la vez que controlan los gastos.

## Investigador

Con frecuencia los profesionales de enfermería realizan investigaciones para mejorar la asistencia del paciente. En áreas clínicas, los enfermeros necesitan a) conocer en cierta medida el proceso y la terminología de la investigación, b) sensibilidad hacia los temas relacionados con la protección de los derechos de las personas, c) participar en la identificación de temas de investigación importantes, y d) ser capaces de seleccionar los hallazgos de investigación.

## Ampliación del papel de la enfermería

Los profesionales de enfermería están realizando una ampliación de sus funciones, tales como las de diplomado en enfermería, especialista en enfermería clínica, matrona, enfermero educador, investigador en enfermería, y enfermero anestésista, los cuales permiten mayor independencia y autonomía (véase el Recuadro 1-2).

## CRITERIOS DE UNA PROFESIÓN

La enfermería se está ganando un prestigio cada vez mayor como profesión. **Profesión** se define como una ocupación que implica una formación profunda, o una vocación, que requiere unos conocimientos, capacidades y formación especiales. En general, una profesión se diferencia de otras ocupaciones por a) su necesidad de una formación prolongada y especializada, con el fin de adquirir un conjunto de conocimientos relacionados con la función que debe desempeñar; b) una orientación del individuo hacia el servicio, ya sea dirigida hacia una comunidad o a una organización; c) investigaciones en desarrollo; d) un código deontológico; e) autonomía; y f) organización profesional.

Se deben distinguir dos términos relacionados con la profesión: profesionalidad y profesionalización. La **profesionalidad** se refiere al carácter, espíritu o métodos profesionales. Hace referencia a un conjunto de atributos, un modo de vida que implica responsabilidad y compromiso. La profesionalidad de la enfermería le debe mucho a la influencia de Florence Nightingale. La **profesionalización** es el proceso de hacerse profesional, es decir, de adquirir características que se consideran profesionales.

## Enseñanza especializada

La enseñanza especializada es un aspecto importante del prestigio profesional. En la actualidad, la tendencia en la enseñanza de las profesiones se dirige hacia programas en escuelas universitarias y universidades. Muchos profesores de enfermería creen que el plan de estudios de un estudiante de enfermería debería incluir enseñanzas de humanidades, además de ciencias biológicas y sociales y de las disciplinas de enfermería.

Hoy día, en los Estados Unidos existen cinco clases de programas de formación en enfermería: una diplomatura hospitalaria, un título de asociado, un título de diplomado universitario, un grado de licenciatura, y un programa de doctorado. Estos programas se describen en el Capítulo 2. La ANA recomienda la diplomatura universitaria como nivel de acceso para la práctica profesional. Por el contrario, la *National Organization for Associate Degree Nursing* (N-OADN) defiende una preparación de la ADN como nivel de acceso para el personal de enfermería (NOADN, 2002).

## Cuerpo de conocimientos

Como profesión, la enfermería establece un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos bien definidos. Numerosos marcos

## RECUADRO 1-2

## ■ Ampliación del papel profesional de la enfermería

**Enfermera general**

Es una profesional de enfermería con una formación superior y con un título de un programa de diplomada en enfermería. Estas enfermeras están acreditadas por la *American Nurses Credentialing Center* en áreas como enfermería general, enfermería de familia, enfermería escolar, enfermería pediátrica o enfermería geriátrica. Suelen trabajar en centros sanitarios o en entornos comunitarios, y con enfermos agudos no urgentes o crónicos, y prestan asistencia ambulatoria primaria.

**Enfermera clínica**

Es un profesional de enfermería con un título o preparación superior, considerado un experto en un área especializada de la práctica (p. ej. geriatría, oncología). La enfermera presta una asistencia directa al paciente, enseña a otros, asesora, realiza investigaciones y gestiona la asistencia. El *American Nurses Credentialing Center* proporciona certificados nacionales de especialistas clínicos.

**Enfermera anestesista**

Es un profesional de enfermería con una formación superior en un programa homologado de anestesiología. La enfermera anestesista realiza visitas y valoraciones preoperatorias, y administra anestesia general para intervenciones quirúrgicas bajo la supervisión de un médico anestesista. La enfermera anestesista también valora el estado postoperatorio del paciente.

**Matrona**

Es una DUE que ha terminado los estudios de matrona y que tiene un título de la *American College of Nurse Midwives*. La matrona presta asistencia prenatal y posnatal y gestiona los partos de embarazos normales. La matrona ejerce asociada a un centro sanitario y puede recibir ayuda médica si se presentan complicaciones. La matrona también realiza tinciones rutinarias de Papanicolaou, planificación familiar y exploraciones rutinarias de mama.

**Enfermera investigadora**

Las enfermeras investigadoras analizan problemas de enfermería con el fin de mejorar los cuidados de enfermería, y potencian y extienden los conocimientos de enfermería. Trabajan en centros académicos, hospitales universitarios y centros de investigación, como el *National Institute for Nursing Research*, en Bethesda, Maryland. Las enfermeras investigadoras suelen tener una formación superior a nivel de doctorado.

**Enfermera administradora**

La enfermera administradora gestiona la asistencia del paciente, incluyendo la prestación de los servicios de enfermería. La administradora puede ocupar un puesto directivo medio, como jefa o supervisora de enfermería, o un puesto directivo superior, como directora del servicio de enfermería. Las funciones de la enfermera administradora incluyen la programación de presupuestos, el personal y la planificación. La preparación educativa de una enfermera administradora es al menos de licenciada en enfermería, y con frecuencia poseen un máster o un título de doctora.

**Enfermera educadora**

Las educadoras de enfermería trabajan en programas de enfermería, en centros educativos y en la formación del personal hospitalario. La enfermera educadora suele tener un título de licenciado o superior y suele ser especialista en alguna área particular de la práctica. La enfermera educadora es responsable de la enseñanza en aula y, con frecuencia, de la práctica clínica.

**Enfermera empresaria**

Es un profesional de enfermería con un título superior que dirige un negocio relacionado con la sanidad. Puede estar relacionado con la formación, el asesoramiento o la investigación, por ejemplo.

conceptuales de enfermería (descritos en el Cap. 3) contribuyen a la base de conocimientos propios en enfermería y dirigen la práctica, enseñanza e investigación de la misma.

## Orientación del servicio

La orientación del servicio diferencia a la enfermería de aquellas ocupaciones que se realizan principalmente por lucro. Muchos consideran el altruismo (preocupación desinteresada por otros) como la piedra angular de una profesión. La enfermería tiene una tradición de servicio a los demás. Sin embargo, este servicio debe estar guiado por ciertas reglas, normas de conducta o códigos deontológicos. En la actualidad, la enfermería también es un componente importante del sistema sanitario.

## Investigación

La investigación creciente en el campo de la enfermería está contribuyendo al ejercicio de la profesión. En la década de 1940, la investigación en enfermería se encontraba en un estado de desarrollo muy incipiente. En los años cincuenta, el aumento de la financiación federal y profesional ayudó a fundar centros

de investigación en enfermería. La mayor parte de las investigaciones iniciales se dirigían al estudio de la enseñanza de la enfermería. En los años sesenta, los estudios solían relacionarse con la naturaleza de la base de conocimientos sobre la que se construía la práctica de enfermería. Desde la década de los setenta, la investigación en enfermería se ha centrado en temas relacionados con la práctica. La investigación en enfermería es una dimensión de la función de la enfermería descrita en el Capítulo 2.

## Código deontológico

Tradicionalmente, los profesionales de enfermería han valorado mucho el valor y la dignidad de los demás. La profesión de enfermería requiere la integridad de sus miembros; es decir, se espera que un miembro haga lo que se considera que está bien, independientemente de los costes personales.

Los códigos deontológicos cambian a medida que cambian las necesidades y valores de la sociedad. La enfermería ha desarrollado sus propios códigos deontológicos y en la mayoría de los casos ha instaurado métodos para controlar el comportamiento profesional de sus miembros. Véase el Capítulo 5 para más información sobre aspectos éticos.

## Autonomía

Una profesión es autónoma si se regula a sí misma y si establece normas para sus miembros. Proporcionar autonomía es uno de los objetivos de una asociación profesional. Si la enfermería ha de tener un prestigio profesional, debe funcionar de forma autónoma en relación con la creación de políticas y con el control de sus actividades. Para ser autónomo, un grupo profesional debe poseer autoridad legal para definir los objetivos de su práctica, describir sus funciones y roles específicos, y determinar sus objetivos y responsabilidades en la prestación de sus servicios.

Para aquellos que ejercen la enfermería, autonomía significa independencia en el trabajo, seriedad y responsabilidad de las propias acciones. La autonomía se logra y se mantiene con mayor facilidad desde una posición de autoridad. Por tanto, algunos profesionales de enfermería buscan puestos administrativos, en vez de aumentar su competencia clínica, como medio para asegurar su autonomía en el puesto de trabajo.

## Organización profesional

Ejercer bajo el amparo de una organización profesional distingue a una profesión de una ocupación. **Reglamentación** es el establecimiento y mantenimiento de disposiciones sociales, políticas y económicas a través de las cuales los profesionales controlan su ejercicio, su autodisciplina, sus condiciones de trabajo y sus asuntos profesionales. Por tanto, el profesional de enfermería necesita trabajar en el seno de sus organizaciones profesionales.

La *American Nurses Association* es una organización profesional que «promueve la profesión de enfermería mediante el fomento de exigentes normas de práctica de la enfermería, la promoción del bienestar económico y general del profesional de enfermería en su lugar de trabajo, proyectando una visión positiva y realista del ejercicio de la enfermería, y presionando

al Congreso y a las administraciones legisladoras, sobre temas sanitarios que afectan a las enfermeras y a los ciudadanos» (ANA, 2002).

## SOCIALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Las normas para la formación y el ejercicio de la enfermería están determinadas por los miembros de la profesión, en vez de por personas ajenas. La enseñanza de la profesión implica un proceso de socialización completa, mucho más profundo en sus aspectos sociales y actitudes y en sus características técnicas de lo que normalmente se requiere en otros tipos de ocupaciones.

La **socialización** se puede definir sencillamente como el proceso mediante el cual las personas a) aprenden a ser miembros de grupos y de la sociedad y b) aprenden las normas sociales que determinan las relaciones en las que van a participar. La socialización implica aprender a comportarse, sentir, y ver el mundo de forma semejante a otras personas que desempeñan el mismo papel que uno mismo. (Hardy y Conway, 1988, pág. 261.) El objetivo de la socialización profesional es inculcar a los individuos las normas, valores, actitudes y comportamientos que se consideran esenciales para la supervivencia de la profesión.

Se han creado varios modelos de proceso de socialización. El modelo de Benner (2001) describe los cinco niveles de profesionalidad de la enfermería basándose en el modelo general de Dreyfus de adquisición de capacidades. Los cinco niveles, que afectan a la enseñanza y al aprendizaje, son principiante, principiante avanzada, competente, profesional y experta. Benner escribe que la experiencia es esencial para el desarrollo de la especialización profesional (véase el Recuadro 1-3).

Uno de los mecanismos más poderosos de socialización profesional es la interacción con compañeros estudiantes. En el seno de esta cultura estudiantil, los estudiantes marcan colectivamente el nivel y la dirección de sus esfuerzos escolares.

RECUADRO 1-3

### ■ Niveles de profesionalidad de la enfermería, según Benner

#### Nivel I, Principiante

Sin experiencia (p. ej., estudiante de enfermería). Su funcionamiento es limitado, inflexible y regido por reglas sin contexto y reglamentos, en vez por la experiencia.

#### Nivel II, Principiante Avanzada

Demuestra un funcionamiento parcialmente aceptable. Reconoce los «aspectos» significativos de una situación real. Tiene la suficiente experiencia en situaciones reales para realizar juicios sobre las mismas.

#### Nivel III, Competente

Tiene 2 ó 3 años de experiencia. Demuestra capacidades organizativas y de planificación. Distingue los factores importantes de los menos importantes, en relación con la asistencia. Coordina numerosas exigencias de cuidados complejos.

#### Nivel IV, Profesional

Tiene entre 3 y 5 años de experiencia. Percibe las situaciones de forma global en vez de por partes, como en el nivel II. Utiliza máximas como guía a la hora de analizar una situación. Posee una comprensión holística del paciente, lo que mejora la toma de decisiones. Se centra en metas a largo plazo.

#### Nivel V, Experta

Su funcionamiento es fluido, flexible y muy eficiente; ya no necesita reglas, directrices o máximas para conectar un conocimiento de la situación con la acción adecuada. Demuestra una capacidad analítica elevada e intuitiva ante situaciones nuevas. Tiende a realizar una acción determinada porque «siente que es lo correcto».

# Los cuidados de la persona como núcleo de la profesión enfermera

# 3

Cristina Francisco del Rey  
Esperanza Ferrer Ferrandis  
M<sup>a</sup> Amparo Benavent Garcés

## Objetivos

- Identificar los cuidados de la persona como la esencia de la profesión enfermera.
- Conceptualizar el significado de cuidados personales y de cuidados de salud.
- Describir cómo influyen los cuidados de salud en el proceso de salud-enfermedad de la persona.
- Analizar los cuidados como responsabilidad del grupo de referencia de la persona.
- Conceptualizar el significado de cuidados enfermeros.
- Conceptualizar los cuidados enfermeros según diferentes teorizadoras.
- Analizar la relación de ayuda como habilidad fundamental para el desarrollo de los cuidados enfermeros.
- Analizar la importancia de los valores éticos en la práctica enfermera.
- Describir las razones que hacen necesario un modelo de cuidados y un método sistemático como referente de los cuidados enfermeros.

Objetivos





## INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva disciplinar, el cuidado es el objeto del conocimiento enfermero y lo que determina la aportación enfermera específica a la salud de las personas y los grupos. La enfermería se caracteriza, como disciplina, por el estudio y tratamiento particular que hace de los cuidados humanos.

Partiendo de los estudios de Flaskerud y Halloran (1980) y Fawcett (1984), sobre la base de los elementos comunes presentes en las diferentes construcciones teóricas, Kérouac [1] describe los cuidados de la persona como núcleo de la profesión enfermera, y dice: *“El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud”*.

Los cuidados son prácticas humanas tan antiguas como la misma humanidad que se van convirtiendo en procesos sociales a medida que las sociedades se estructuran y organizan, adquiriendo diferentes complejidades al tiempo que adquiere complejidad la propia estructura social.

Los cuidados son acciones que cada persona se proporciona a sí misma en forma de autocuidados, o que ofrece a sus allegados en forma de cuidados informales. Menéndez [2] conceptualiza el autocuidado como: *“La realización de actividades orientadas a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico-familiar”*. Desde una perspectiva enfermera, Orem [3] describe los autocuidados como: *“La práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar”*. Francisco y Mazarra [4] conceptualizan los cuidados informales como: *“Los cuidados de apoyo por parte de cercanos que recibe la persona, cuando ella no dispone de las capacidades, habilidades o deseos para hacerlo por sí misma”*. Collière [5] concede al cuidar las acepciones de *“ser cuidado (recibir los cuidados de otra persona), cuidarse (ofrecerse cuidados a sí mismo) y cuidar (dar cuidados a otra persona)”*. Los cuidados son un conjunto de actos conscientes, inconscientes y afectivos que tienen como finalidad más primaria la supervivencia y mantenimiento de la especie.

La vida social se va configurando con un sistema de organización en el que actividades, que en sus formas

Tabla 1.

### Necesidades sociales de las profesiones



más primarias son prácticas personales (como la resolución de conflictos interpersonales o los autocuidados) o del grupo de referencia (como la mediación de una persona del grupo en la resolución de un conflicto interpersonal o los cuidados informales), pasan a ser responsabilidades de un grupo especializado (como la resolución de un conflicto interpersonal a través del sistema jurídico o los cuidados enfermeros). En las sociedades humanas se constituyen formas para satisfacer las diferentes necesidades y aspiraciones de sus integrantes, y se produce un desplazamiento de lo individual a lo social. Una figura que todavía existe en algunas comunidades rurales de nuestro país es el Juez de Paz. Representa la figura del “hombre bueno”, goza de gran prestigio y es reconocido por los miembros de la comunidad como consejero, asesor, mediador en los conflictos, etc.

El grupo especializado que se hace responsable de una necesidad social es porque asume una posición predominante, determinando la esencia de su aportación, en la división de las responsabilidades sociales. Así, se caracteriza por ser reconocido dentro de la sociedad para desempeñar esa función con los conocimientos, procedimientos, habilidades, actitudes y valores que garantizan un bien para la colectividad.

Todas las profesiones encuentran su razón de ser en alguna de las necesidades específicas de la sociedad. Siendo esta relación más especial y concreta a medida que la organización se estratifica y se va haciendo más compleja, o en la medida en que la profesión hace más y mejores aportaciones (Ver Tabla 1).





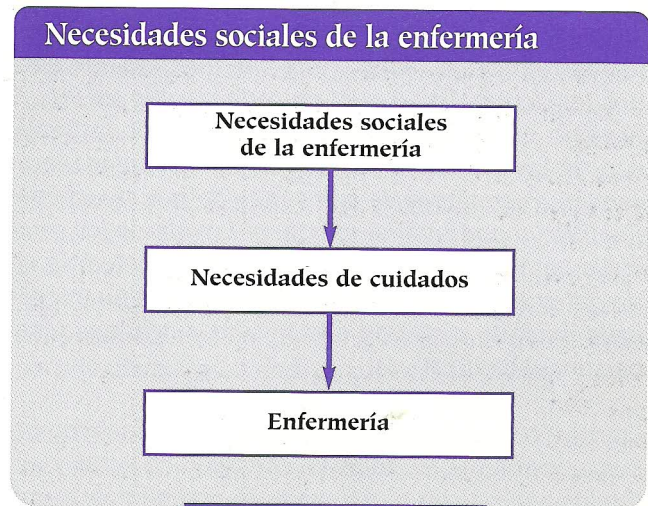
Esto mismo ocurre con la enfermería. La profesión enfermera es socialmente necesaria porque la comunidad y las personas tienen necesidades de cuidados y la sociedad se ha estructurado para que cuando la persona no puede cuidarse, bien porque sus capacidades estén disminuidas o bien porque los cuidados que requiere precisan de conocimientos y tecnologías especializados, haya un grupo preparado (la enfermería) que ofrezca esos cuidados, como un servicio esencial y con la garantía, seguridad y calidad requeridas (Ver Tabla 2).

Diferentes autoras hacen referencia a la función social de la enfermería. D. Hall [6], siendo responsable de enfermería de la Oficina Regional para Europa de la OMS apuntaba: *“La disciplina que conocemos como enfermería es el resultado de la evolución dentro de la sociedad de una actividad fundamental, la actividad de cuidar”*; Henderson [7] describe la enfermería como *“una actividad social mundial”*, y dice: *“La sociedad quiere y espera de nosotros un servicio propio de enfermería”*. El servicio propio que las enfermeras aportan a la sociedad es el cuidado enfermero. Para King [8] *“las enfermeras proporcionan un servicio esencial que satisface una necesidad esencial. Enseñan, guían y orientan a las personas y los grupos a conservarse sanos, y les proporcionan cuidados cuando están enfermos”*.

Partiendo, pues, de que el centro de interés y donde encuentra su razón de ser la enfermería son los cuidados humanos y que éstos son fundamentales para la salud de las personas y los grupos, trataremos, en primer lugar, sobre los cuidados de la persona y las repercusiones que el entorno, en el que cada uno vive, tiene para los cuidados personales; posteriormente, sobre los cuidados de salud y su importancia para el funcionamiento humano en cualquier situación de salud; y finalmente, sobre los cuidados enfermeros, su naturaleza y las competencias que caracterizan a la acción cuidadora como acción profesional: conocimientos, procedimientos, habilidades, actitudes y valores profesionales.

En este capítulo se tratan los cuidados enfermeros desde la perspectiva de la clínica enfermera, es decir desde el campo asistencial. Sin embargo es necesario tener presente que los cuidados representan la esencia y propiedad que caracteriza a la profesión y a la disciplina, y por tanto el eje para su actuación en todos los campos de su práctica.

Tabla 2.



- En la docencia, los cuidados representan el constructo en el que, por una parte, adquieren significado enfermero la totalidad de los contenidos de la formación y, por otra parte, ofrece los elementos para profundizar en el conocimiento enfermero.
- En la gestión, proporcionan la base para la planificación y organización enfermera, ya que se trata de gestionar los servicios enfermeros para ofrecer unos cuidados de calidad.
- En la investigación, señalan el campo de trabajo sobre el que profundizar y teorizar para construir, desarrollar y validar el conocimiento enfermero, y se constituyen en el elemento fundamental para el estudio de hipótesis que desarrollen e innoven mejoras en la práctica cuidadora.

## LOS CUIDADOS DE LA PERSONA

El principio de cuidar como acciones de supervivencia es consustancial a todas las especies del reino animal.

Las personas llevan a cabo actividades de cuidados dirigidos a satisfacer sus necesidades de supervivencia (comer, beber, respirar, eliminar, descansar, moverse, protegerse, etc.), y lo hacen tanto para sí mismas como para quienes dependen de ellas: niños, ancianos, enfermos incapacitados, etc., motivadas por la capacidad de ayuda que caracteriza a las personas.



Los cuidados personales son fundamentales para la vida, la evolución y la salud de la persona. Para Collière [5], [9], el cuidado es una actividad básica de la vida, y dice: "Cuidar... este arte que precede a todos los demás, sin el cuál no sería posible existir...". Por otra parte, esta misma autora describe la finalidad de los cuidados como: "Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo". Esto lo hace regular y continuamente cada persona para con ella misma, sus allegados y personas significativas.

En sus formas más primarias, estas actividades son innatas, instintivas e intuitivas, consisten en actos y actitudes que no son ni reflexivas ni aprendidas, o que aún siendo reflexivas obedecen a razones profundas de cuyas causas y fines ni siquiera el protagonista de estos actos es siempre consciente. Lo intuitivo de las acciones de cuidados se basa en percepciones sin razonamiento, que no tienen una finalidad concreta. No obstante, lo que caracteriza a los cuidados humanos es que, cuando se hacen visibles, son acciones conscientes y buscan el bienestar.

El cuidado personal es un término que da lugar a múltiples significados, pues se le atribuye un valor cargado de sensaciones y sentimientos que hace que cada persona tenga su propia idea de los cuidados que necesita, de los aspectos de su vida y funcionamiento que satisfacen y de las características que tienen que reunir los cuidados que recibe para percibirlos como buenos. Esto provoca que cuando se depende de otra persona para su realización adquieran gran importancia el respeto, el afecto y la empatía con los que son realizados, en un contexto en el que se involucre a quien los recibe en las decisiones sobre los cuidados que son necesarios.

Desde esta perspectiva, y entendiendo que los cuidados son prácticas humanas cotidianas que las personas abordan como parte de su vida diaria, se fundamenta la idea de lo importante que es implicar a la persona en su propio proceso de cuidados cuando requiere ayuda. Éstos no pueden quedar circunscritos al ámbito de lo profesional, pues se manifiestan, expresan y satisfacen en la intimidad y cotidianidad

de cada persona y por tanto es en estas áreas donde se encuentran y deben buscarse las explicaciones y/o respuestas a las necesidades de cuidados de cada persona.

Las necesidades de cuidados están presentes de manera constante a lo largo de toda la vida de la persona, con independencia de cualquier circunstancia que acontezca, aunque las circunstancias de la persona pueden variar sus necesidades de cuidados. Por ello, es necesario relacionar los cuidados con los procesos de la naturaleza, la vida, el crecimiento y la muerte, lo que confiere a las acciones de cuidados un carácter de naturalidad y necesidad permanente.

Los cuidados humanos son únicos para cada persona en cada momento y están condicionados por diferentes elementos que son propios de cada uno y pertenecen a aspectos internos y/o externos de la persona. Orem [3] denomina a los elementos que influyen en los cuidados de cada persona "factores básicos condicionantes" y Henderson [10] "factores permanentes y factores variables". Estas dos autoras coinciden en incluir aspectos de la persona como edad, sexo, talante, situación socioeconómica, estado de salud, sistema de relaciones sociales, etc., elementos todos ellos, que van a configurar la manera única en que cada uno percibe, manifiesta, entiende, valora y resuelve todo lo relacionado con los cuidados.

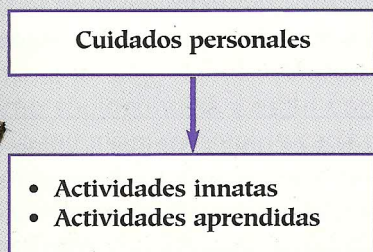
Las acciones de cuidados forman parte de la forma de vida tradicional de cada persona y tienen una dimensión biocultural, es decir, poseen una base biológica ya que satisfacen necesidades físicas. Para ello se requieren capacidades y actitudes biofisiológicas que permitan su realización y contribución al funcionamiento humano; y por otra parte una base social y cultural ya que satisfacen necesidades psicosociales como tales y como elementos que facilitan la cobertura de las necesidades físicas satisfactoriamente, para lo que es preciso el desarrollo de capacidades, actitudes y habilidades que se aprenden en los grupos de referencia.

Podemos afirmar, pues, que la capacidad para el cuidado es innata, pero tiene formas de expresión y abordaje culturales que se van desarrollando y conformando en los procesos de aprendizaje (Ver Tabla 3).



Tabla 3.

### Características de los cuidados



### Los cuidados como prácticas aprendidas

Los cuidados son, por una parte, prácticas humanas universales, cuyo objetivo es la cobertura de una serie de necesidades indispensables y que son comunes a todas las personas. Maslow [11] en el desarrollo de su teoría sobre las necesidades humanas lo denomina "necesidades básicas humanas" y las prioriza en cinco categorías: fisiológicas, seguridad, amor y pertenencia, autoestima y autorrealización.

La consideración de las necesidades humanas es un elemento clave de los modelos de cuidados que Kérouac [1] agrupa en la escuela de las necesidades. Entre estas teóricas, Henderson considera común a todas las personas catorce necesidades fundamentales, Orem desarrolla el concepto de las necesidades humanas desde el constructo de los requisitos de autocuidado (Ver Capítulo 11) y Abdellah las desarrolla como necesidades fisiológicas, sociales y emocionales. En todas estas estructuras teóricas se ponen de manifiesto las necesidades de la persona como prácticas particulares en cuanto a las formas de considerar y realizar los cuidados para satisfacerlas.

Las prácticas culturales van modelando y calando en los cuidados y según los valores imperantes en el espacio y en el tiempo, se promueven unos y se rechazan otros. Los cuidados forman parte de las costumbres de cada persona o grupo y, a su vez, las costumbres est n presentes en las formas con las que cada persona se los proporciona a sí misma o a otros.

Cada persona desarrolla e incorpora formas específicas de cuidados, condicionadas por valores culturales, a través de procesos de enculturación en sus



Prácticas culturales de alimentación a los niños. *La nourricerie Parrot*. F. de Haenen, 1890. Musée de l'Assistance Publique-H pitaux de Paris



grupos de referencia. Esto hace que los integrantes de un mismo grupo social tengan valores y comportamientos de cuidados similares.

La evolución biológica humana determina cambios en la capacidad de cuidarse, aunque las variaciones biológicas siempre han sido menos significativas y sorprendentes que las variaciones culturales. Como resultado de la imbricación entre las estructuras biológica, ambiental y cultural, la capacidad y las formas de cuidarse de las personas se acompañan de cambios ecológicos y culturales interdependientes e interactuantes. Esto permite la evolución de cualquier organismo humano y está representado por la dinámica de cambio de cualquier sistema abierto. Desde la perspectiva de Darwin, los cuidados humanos se entienden como consecuencia del efecto de interrelación y retroalimentación que se produce entre la naturaleza biológica y la cultura. La evolución orgánica y la evolución sociocultural dan origen a la gran diversidad biológica y a la complejidad cultural que caracteriza a la persona y sus maneras de actuar en todos los ordenes de la vida, individualmente, en grupo y en la sociedad.

Las diferentes formas de cuidado representan valores de gran significado para cada persona, que los ha ido aprendiendo e incorporando de modo inconsciente y consciente, por observación y por experiencias directas e indirectas. Para Collière [9] las distintas posibilidades de responder a las necesidades de cuidados van creando e instaurando hábitos de vida que son propios de cada grupo y sirven como referencia para que cada persona configure sus maneras particulares de cuidar de sí misma y de quienes de ella dependen. Los valores que determinan los hábitos de cuidados se transmiten entre los miembros de un mismo grupo de manera intrínseca, mediante las relaciones que se establecen.

Los distintos modos con que cada persona aborda los cuidados no son, en principio, ni buenos ni malos, ni mejores ni peores. Las personas asignan sus propios valores y significados y actúan sobre esa base. Todos comemos, nos aseptamos, etc., sin embargo, los hábitos relacionados con la alimentación o la higiene están determinados por las tradiciones culturales de cada persona, tradiciones que aprende en sus grupos de pertenencia.

Las necesidades de cuidados, condicionadas por la situación y entorno de la persona, son jerarquizadas por cada una de forma particular. Las variaciones en los modos de percibir, priorizar para hacer elecciones y satisfacer los requerimientos están sistemáticamente relacionadas con vivencias, experiencias y patrones culturales.

Cada persona es única, similar y diferente a las de su grupo, y los grupos también son diversos, cada valor que se otorga y modo de cuidado es, en principio, sólo una variante entre los existentes. Considerar las costumbres de quienes van a recibir los cuidados y, considerarlos por parte de quienes los ofrecen, es estimado muy positivamente por los primeros, pues tiene un significado especial para su bienestar. Para quienes los ofrecen, la satisfacción de quienes los reciben significa la verdadera consecución de los objetivos de cuidados, pues ésta es su auténtica finalidad.

Alberdi reflexiona sobre la importancia de reconocer en la persona cuidada una posición de sujeto con capacidad de opinar y decidir. Para esta autora nuestra posición trabaja con el saber del otro, a quien cuida, y no puede, por tanto, monopolizar ese saber. Por lo que el reconocimiento del cuidado enfermero hay que buscarlo en el reconocimiento del cuidado por parte de quien lo recibe [12].

Entender los cuidados desde la perspectiva del valor cultural que para cada grupo y/o persona tienen confiere a las enfermeras un importante papel como "agentes enculturadores" de las personas y los grupos en materia de cuidados, tanto para adquirir nuevos modos, como para ayudar a cubrir las necesidades de cuidados con satisfacción para quienes los reciben.

Para comprender la importancia de los cuidados hay que considerarlos directamente relacionados con la persona y su entorno, con los valores y prioridades que tienen para ésta. Las percepciones sobre lo que es más adecuado están culturalmente construidas, los diferentes grupos sociales y culturales reconocen, en los distintos tipos de cuidados, diversos significados y estrategias para abordarlos.

En definitiva, los cuidados de las personas son construcciones culturales que dan lugar a percep-



ciones diferentes sobre las necesidades de cuidados (los cuidados que se consideran óptimos en relación con la alimentación, el ejercicio, etc.), y sobre los problemas derivados de cuidados inadecuados (considerar el bajo peso como el resultado de una correcta o incorrecta alimentación). Estas percepciones varían a lo largo del tiempo, son distintas en cada entorno sociocultural y están condicionadas por el medio interno y externo de cada persona.

Considerar los cuidados cargados de valores culturales orienta sobre la importancia que tiene para las enfermeras el reflexionar sobre la necesidad de:

- Culturar los cuidados, en el sentido de enseñar hábitos de cuidados que lleguen a ser hábitos de vida saludables de manera que la persona les incorpore a su cotidianidad con una influencia positiva para mejorar la salud, recuperarla cuando se ha perdido y prevenir enfermedades o adaptarse a ellas.
- Cuidar la cultura de los cuidados, en el sentido de incorporar los hábitos de la persona a los cuidados que requiere siempre que sea posible, contribuyendo de esta manera a mejorar la satisfacción y bienestar de la persona cuidada. Sólo es posible cuidar a una persona si se conocen y respetan los significados y las dimensiones que para ella tienen los cuidados que necesita.

Además, el considerar los valores y costumbres de la persona en los cuidados enfermeros, e incorporar estas formas, cuando son adecuadas, a las prácticas que se recomiendan, estimula el compromiso y es un elemento motivador para que la persona acepte otros cambios necesarios.

Cuando las prácticas de cuidados trascienden lo natural (innato o aprendido) para buscar el bienestar se entienden como cuidados de salud.

## LOS CUIDADOS DE SALUD

Los cuidados que cada persona se proporciona a sí misma o recibe de otras repercuten sobre su salud. Cuando los cuidados de la persona se relacionan con la salud entramos en una nueva categoría con-

ceptual: Los cuidados de salud entendidos como actividades que tienen por finalidad la mejora o el mantenimiento de la salud, su recuperación o bien la convivencia con la enfermedad y sus manifestaciones, o la ayuda para morir en las mejores condiciones posibles.

Esta forma de entender los cuidados de salud, como acciones que contribuyen a la salud y bienestar de la persona, hace que sean considerados necesarios a lo largo de toda la vida y en todas las condiciones de salud. Orem [3] describe los cuidados de acuerdo a su finalidad para la salud de la persona como de prevención primaria, prevención secundaria y de prevención terciaria. Para Collière [9] los cuidados de salud son acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, y de curación y rehabilitación cuando la persona está enferma.

Los cuidados de salud son actividades cognitivas, (entendiendo por cognitivo el procesamiento de información y la programación intelectual de ésta; es decir, la capacidad para pensar y conceptualizar simbólicamente). Desde esta perspectiva, los cuidados se basan en conocimientos que se contemplan desde una visión multidimensional (factores culturales y socioeconómicos principalmente), se desarrollan y varían a lo largo del tiempo, y se llevan a cabo con el fin de estar bien. Por ejemplo, hay múltiples creencias y costumbres sobre el orden en que se deben comer un conjunto de alimentos para que repercutan positivamente sobre la salud. Este orden cambia de secuencia e incluso puede ser inverso en diferentes lugares o culturas.

Según Kottak [13], todas las sociedades tienen sus propios sistemas de cuidados de salud, creencias, costumbres y técnicas destinadas a conseguir la salud y prevenir, diagnosticar y curar las dolencias. Para este autor, considerar los valores propios de cada lugar, en cada momento, es fundamental a la hora de abordar su tratamiento.

Tradicionalmente, las especificidades relacionadas con los cuidados que imponen las situaciones de enfermedad han sido objeto de gran consideración, priorizando éstas sobre las formas cotidianas y la globalidad de la persona, tanto por parte de quienes los requieren como por parte de los profesionales de la salud. Sin embargo, hoy, las intervenciones relacionadas exclusivamente con la enfermedad están perdiendo



do su hegemonía, pues aunque utilicen tecnologías muy complejas y consigan resultados individuales de salud espectaculares, no producen beneficios significativos en la salud general de las personas. Al igual que en su momento fue el desarrollo de la salud pública lo que produjo cambios efectivos en los niveles de salud de la población, hoy las mejoras pasan por el desarrollo de hábitos de cuidados saludables.

Actualmente, los cuidados orientados a la salud y bienestar de la persona cobran una importancia fundamental en todas las situaciones de salud o enfermedad.

### Finalidad de los cuidados de salud

Los cuidados contribuyen a la salud de la persona en la medida en que influyen positivamente en su funcionamiento integral, y este funcionamiento depende de la buena actividad interrelacionada de los diferentes órganos y sistemas que a su vez está íntimamente relacionada con las acciones de cuidados (por ejemplo, los cuidados alimentarios influyen directamente en la función de nutrición, en los distintos órganos que participan en ella y también en otros órganos y funciones como la de eliminación, actividad, etc.).

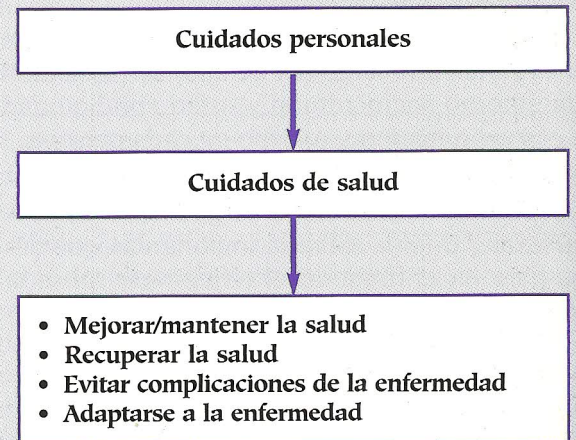
Las necesidades de cuidados y las formas de abordarlos están condicionadas por el propio desarrollo evolutivo (infancia, adolescencia, edad adulta, embarazo, climaterio, vejez, etc.). Además, el mantener la salud cuando ésta es satisfactoria, recuperarse de la enfermedad o tener que adaptarse a las limitaciones que ésta impone, el hecho de seguir un tratamiento, permanecer ingresado en un hospital, tener que someterse a pruebas diagnósticas, tener limitada la actividad, etc., son situaciones que afectan la globalidad de la persona, los cuidados que se requieren y las formas de satisfacerlos. Dependiendo del estado de salud-enfermedad, los cuidados van a tener diferentes finalidades (Ver Tabla 4 ■).

#### Mejorar y/o mantener la salud

Los cuidados, dirigidos a potenciar y mantener la salud, se reconocen como las acciones que tienen por finalidad el óptimo funcionamiento y bienestar de la persona. Se trata de desarrollar, en la persona y su entorno, hábitos de cuidados o estilos de vida salu-

Tabla 4.

#### Finalidad de los cuidados de salud



dables, que le permitan vivir en salud y desarrollar las potencialidades humanas.

Aquí cobran gran importancia los cuidados generales y habituales que relacionados con las distintas etapas de vida (infancia, adolescencia, edad adulta, embarazo, climaterio, vejez etc.) demandan cuidados concretos y formas específicas en su satisfacción, para vivir con plenitud el presente y como preparación para entrar en las mejores condiciones posibles en la siguiente etapa de la vida.

#### Recuperar la salud

Cuando se pierde la salud, se produce una situación que condiciona todos los cuidados que cotidianamente requiere la persona, porque se alteran diferentes áreas de la misma y porque la intervención en unos aspectos repercute en otros.

El propio concepto de salud debe considerarse desde la integridad de la persona. Cualquier situación de enfermedad, además de alterar las estructuras y funciones de la persona, hace que ésta experimente cambios relacionados con la satisfacción de sus cuidados de salud:

- Cambian y/o se condicionan las necesidades habituales de cuidados, aparecen nuevos requerimientos de cuidados.



- Se requiere de modos y formas distintos a los habituales para cubrir las necesidades de cuidados, que hacen necesario el aprendizaje de conocimientos nuevos y el desarrollo de habilidades para realizar los cuidados.
- Disminuye la capacidad para satisfacer las necesidades de cuidados, debido a que la pérdida de salud, en mayor o menor medida, afecta a la totalidad de la persona y casi siempre va acompañada de una disminución de fuerza y capacidad que junto a la aparición de nuevos requerimientos de cuidados, hacen a la persona más vulnerable y a veces dependiente para satisfacer sus necesidades de cuidados.

Los cuidados dirigidos a recuperar la salud no pueden orientarse, exclusivamente, a los aspectos concretos que requiere la situación específica de salud, y deben tener un enfoque integral que contemple la globalidad de la persona.

En situaciones de enfermedad, los cuidados son determinantes, contribuyen de forma definitiva a la recuperación de la salud; por ejemplo, los cuidados

específicos relacionados con la alimentación o el descanso que requiere una persona que ha sido intervenida quirúrgicamente.

Además, por parte de la enfermera, hay que aprovechar positivamente las situaciones de pérdida de salud para que la persona adquiera conocimientos y desarrolle capacidades para incorporar hábitos de cuidados saludables relacionados con su globalidad y encaminados a mejorar la salud, tanto en las áreas que están afectadas por la enfermedad como en las que funcionan con normalidad.

Los cuidados de salud son importantes en el modo en que una persona reacciona ante una situación de enfermedad y van a condicionar el proceso de recuperación de la salud. Cuando no es posible recuperar la salud, los cuidados adecuados mejoran la calidad de vida y hacen más llevadera la vivencia de la enfermedad.

La persona que acepta su condición de salud, a pesar de las limitaciones que la enfermedad, la lesión



Los cuidados son determinantes para la óptima recuperación de la salud



o la incapacidad conlleva, y se compromete y satisface sus necesidades específicas de cuidados con las condiciones y restricciones impuestas, puede llegar a tener una vida plena y satisfactoria. Es lo que Torralba [14] describe como el enfermo sano.

## Evitar complicaciones de la enfermedad

Cuando una persona está enferma requiere de cuidados específicos relacionados con su enfermedad (por ejemplo, la alimentación adecuada para las personas diabéticas o con un problema de hipertensión), que de no realizarse correctamente pueden producir complicaciones (hiperglucemia o hipoglucemia o cefalea), y también pueden sufrir alteraciones derivadas de las complicaciones que afecten a su totalidad como persona (coma diabético o enfermedades cardiovasculares).

La enfermedad afecta a la persona en su globalidad, por esto las necesidades de cuidados deben ser contempladas desde la globalidad y no solamente desde su contribución al área o función afectada por la alteración con la que directamente se relacionan los cuidados. Es necesario valorar las necesidades de cuidados en todas las áreas de la persona y satisfacer todas ellas, de lo contrario podrían aparecer complicaciones con graves consecuencias para la salud y el bienestar de la persona. Por ejemplo, una persona que ha padecido una hemorragia cerebral, además de los cuidados derivados de su situación, como mantener la postura adecuada del pie afectado para evitar las complicaciones o secuelas (pie en equino) necesita otros cuidados para mantener la piel en condiciones óptimas, un buen estado nutricional, una eliminación adecuada, etc.

## Adaptarse a la enfermedad

A veces, la resolución de la enfermedad no es posible y, por tanto, tampoco puede ser la finalidad de los cuidados. En procesos crónicos, el objetivo de los cuidados de salud es que la persona llegue a convivir con la enfermedad con la mayor satisfacción posible, como, por ejemplo, los cuidados de alimentación e hidratación que tiene que realizar una persona con un fracaso renal para mantener un equilibrio hidroelectrolítico, o los relacionados con el mantenimiento de las posturas adecua-

das que precisa alguien que padece una tetraplejía. En estas situaciones, también con los cuidados se evitan complicaciones derivadas de la enfermedad.

La finalidad de los cuidados de salud, cuando se padece un proceso crónico, está en que la persona los incorpore a su vida cotidiana con la mayor naturalidad posible, de forma que lleguen a ser compatibles con su vida habitual. La clave está en ayudar a la persona a adquirir los conocimientos y desarrollar las habilidades que precisan los cuidados que le impone la enfermedad crónica.

Es necesario tener presente que cuando la enfermedad hace que se precisen formas específicas de cuidados o restricciones en los mismos, se pueden producir en la persona sensaciones de hastío, cansancio, etc., que le llevan a abandonar las prácticas necesarias. La persona en estas situaciones requiere del apoyo y estímulo que exige el tomar decisiones y mantener actuaciones que, pese a ser necesarias, no siempre son de su agrado.

Hemos visto cómo con los cuidados se hacen aportaciones positivas a la salud de la persona, sin embargo esto no es lo que determina ni su complejidad ni su naturaleza. Los cuidados son de y para la persona global, por lo que, cualquiera que sea el cuidado que requiere la persona y la contribución del mismo a su salud, la complejidad del cuidado depende de las características de la persona y de su entorno, que van mucho más allá del estado de salud-enfermedad y de la tecnología que requiere la realización de éste, que solamente son elementos a considerar.



La enfermera compensa las limitaciones de la persona





Lo que hace necesarios los cuidados enfermeros es la falta de capacidad (competencias y habilidades) de la persona y/o de los allegados. Puede ser más complicado y dificultoso el cuidado que requiere una persona con un problema de salud que tenga que permanecer con oxígeno varias horas al día en su domicilio que los cuidados que necesita una persona con un respirador mecánico, o tener más dificultades y requerir mayor apoyo enfermero una persona para seguir una dieta nueva apropiada a su situación de salud, que otra que tiene que cubrir sus necesidades de alimentos con nutrición parenteral.

Los cuidados que precisan de técnicas complejas hacen a la persona más dependiente al requerirse de habilidades específicas para llevarlos a cabo. Aquí puede estar una de las razones para comprender por qué estos cuidados, tradicionalmente, han sido más valorados: la enfermera, en estos casos, cobra un papel que pudiera percibirse como imprescindible, potenciado con actitudes que dan lugar a relaciones desiguales. Sin embargo, lo realmente difícil para la persona es asumir los cuidados que se exigen en sus formas de vida cotidianas como consecuencia de una enfermedad o para prevenir su aparición y, para la enfermera, el reto está en ayudarla a conseguirlo.

Lo que caracteriza a los cuidados es, como dice Collière [5] y veremos más adelante, la naturaleza de los mismos, y ésta depende del objetivo que se persigue con ellos: acompañar a la persona, apoyarla en la realización de los cuidados, ayudar a realizarlos, hacer los cuidados para la persona, proporcionarle los elementos necesarios, enseñarle a realizar los cuidados necesarios, como describe Orem [3], a través de los métodos de ayuda.

Tanto las necesidades de cuidados, como las alteraciones que se producen cuando no se satisfacen adecuadamente, se reflejan en la globalidad de la persona, en la misma o en diferentes áreas en las que tiene su origen la necesidad de cuidados. Por ello, para que los cuidados sean eficaces, es necesario identificar el origen de los cuidados y actuar sobre él. Por ejemplo, una manifestación de sobrepeso puede tener su origen en una alimentación inadecuada. En este caso coinciden en una misma área el origen del problema y la manifestación del mismo, por tanto habrá que apoyar a la persona para que desarrolle hábitos de cuidados alimentarios saludables. Pero, siguiendo con este mismo ejemplo de la existencia de

una manifestación de sobrepeso, la persona puede tener unos hábitos de cuidados alimentarios saludables, sin embargo se observa la existencia de falta de ejercicio o un problema de ansiedad, en estos casos los cuidados de salud irán dirigidos a que la persona realice una actividad saludable o lleve a cabo ejercicios de relajación.

Como conclusión, se puede decir que, con independencia del estado de salud de la persona, que condiciona los cuidados y, por tanto, la finalidad de los mismos en este estado, hay una serie de aspectos comunes a todos los cuidados. Deben ser contemplados desde una concepción integral de la persona que es la que va a determinar las manifestaciones de las necesidades de cuidados, el tipo de ayuda que se requiere y la complejidad de los mismos.

### **LOS CUIDADOS DE SALUD COMO RESPONSABILIDAD DEL GRUPO**

Las acciones de cuidados en sus formas más habituales son actividades cotidianas, íntimas y personales que las personas realizan por y para sí mismas cuando llegan a un determinado grado de maduración.

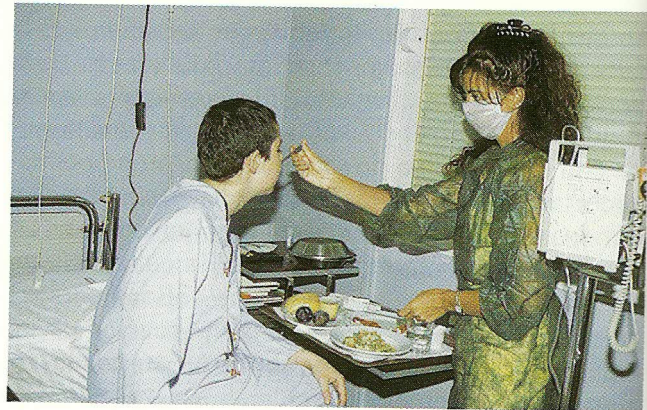
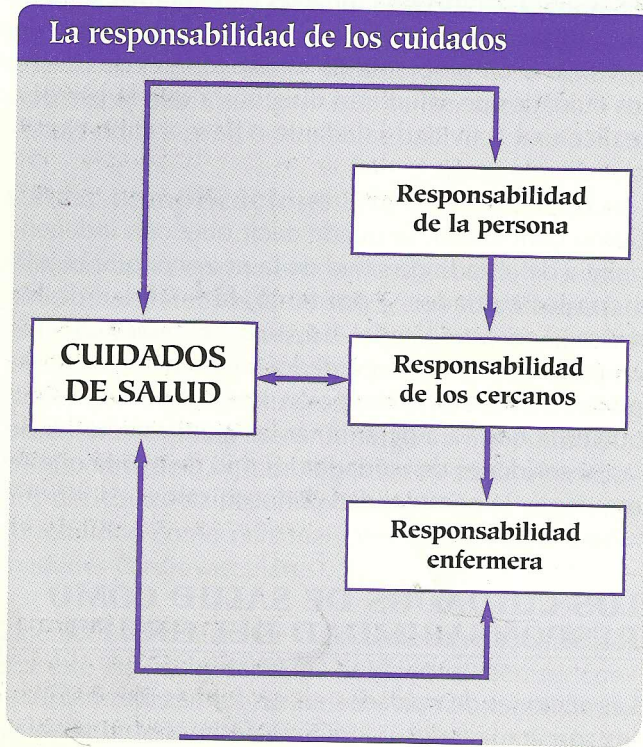
Sin embargo, cuando todavía no se ha alcanzado el nivel de maduración biológica y psicomotriz necesario, como ocurre en las primeras etapas de la vida, o cuando se pierden o no se tienen fuerzas o habilidades, como ocurre en la vejez o por causa de alguna enfermedad o invalidez, en el grupo de referencia la persona que no puede cuidar de sí misma, encuentra el apoyo y el suministro de los cuidados que requiere en las personas cercanas [15].

Desde este planteamiento, en el que se consideran los cuidados como una necesidad a resolver dentro de un proceso natural en el grupo de pertenencia, cuando los cercanos no pueden ocuparse de los cuidados de salud de quienes de ellos dependen, por requerir de competencias y habilidades especiales que no poseen, son necesarios los cuidados enfermeros (Ver Tabla 5 ).

En estudios de Durán [16], se pone de manifiesto que una gran parte de los cuidados de salud se ofrecen fuera del sistema de salud (tanto público como privado), siendo en el ámbito familiar y habitualmente por parte de las mujeres, por las razones de distribución



Tabla 5.



Los cuidados de allegados son importantes en todas las situaciones de necesidad de cuidados. (L. Rojo)

de roles en la sociedad que se analizaban en el capítulo anterior, donde se llega a dedicar el 88% del tiempo total del cuidado a la salud, frente al 12% que es el que se dedica en el sistema formal de salud.

### Los cuidados informales

Los cuidados que ofrecen las personas cercanas a quienes no pueden hacerlo por sí mismas son



Los cuidados de enfermeros como generadores de bienestar



descritos por Francisco y Mazarrasa [4, 15] como cuidados informales. Orem [3] desarrolla en su estructura teórica el concepto de agencia de cuidado dependiente (como puede verse en el capítulo en el que se desarrolla en modelo de esta teórica en este mismo libro), y que se corresponde con el rol que se le confiere en este apartado a los cuidadores informales.

Para las enfermeras es fundamental reconocer la importancia de los cuidados informales para la salud de las personas que atienden, y valorar su significado para quienes los reciben, para quien los ofrece (la cuidadora informal), y para la propia enfermera.

#### **Para la persona que recibe los cuidados**

Cuando éstos son ofrecidos por una persona cercana, adquieren un significado especial pues, como se apuntaba anteriormente, los cuidados para cada cual se van conformando de acuerdo a múltiples valores culturales y cuando se necesita ayuda para su realización se relaciona la satisfacción y bienestar que producen con el afecto y la empatía con que se ofrecen.

La persona que necesita ayuda para cubrir sus necesidades de cuidados y encuentra esta ayuda en su círculo de personas significativas, fácilmente puede encontrar satisfacción en ella porque los cuidados que recibe se adaptan a sus hábitos y costumbres, por coincidir con los de su grupo y ser conocidos por quienes le ayudan.

También es fácil que preserven la intimidad y le permitan permanecer en su medio habitual. Aspectos, todos ellos, que mejoran la autopercepción y la autoestima.

Además de la satisfacción que producen, los cuidados de cercanos influyen positivamente en las respuestas humanas que mejoran la salud. Mediante ello, según Leonard Syme [17], la persona cuidada adquiere más fácilmente hábitos de vida saludable, acepta y/o se enfrenta mejor a la enfermedad y el tratamiento aumentando las posibilidades de recuperación de la salud y la capacidad de adaptarse a las limitaciones. Además, facilitan la incorporación de las medidas especiales de cuidados a las actividades de la vida diaria y la aceptación del proceso de morir.

#### **Para la persona que ofrece los cuidados, la cuidadora informal**

La asunción de esta responsabilidad requiere, en primer lugar, de la disponibilidad y aceptación del rol de "hacer para otra persona". El ocuparse de cuidar a otro tiene una serie de repercusiones: por una parte, tiene consecuencias positivas y, por otra, algunas que podemos calificar como negativas.

El ayudar a otra persona se contempla como un hecho natural pues tradicionalmente en familia se asumen las funciones de protección entre los miembros que la componen. La ayuda a otro, generalmente, produce satisfacción a quien la brinda, al comprobar los efectos beneficiosos que produce en quien la recibe, por la capacidad de solidaridad que, según Arsuaga, caracteriza desde siempre al ser humano [18].

El cuidar de otro exige que la cuidadora informal cuente con la información y los conocimientos sobre el proceso de salud y de cuidados que requiere la persona a la que ayuda que le permitan actuar con seguridad. Esto, y el propio hecho de ayudar a otro, puede producir sensación de satisfacción y favorecer el crecimiento personal.

Entre los aspectos negativos que la dedicación al cuidado de otro tiene para quien se responsabiliza de él está la inseguridad que produce responsabilizarse y ocuparse de las necesidades de otra persona, por las consecuencias que puede tener para la salud de quien recibe los cuidados y porque pueden requerir de técnicas y habilidades especiales que trascienden los modos habituales.

La dedicación a otro también conlleva una sobrecarga en las ocupaciones cotidianas y, con ello, la necesidad de tener que disminuir o incluso renunciar a las actividades habituales de trabajo, ocio, relación, etc., que obligadamente tienen que pasar a un segundo plano. En un trabajo sobre los cuidados de la vejez y el apoyo informal del INSERSO, se pone de manifiesto que dedicarse al cuidado de otros reduce el tiempo de ocio, produce cansancio, priva de vacaciones, impide la relación con amigos, causa depresiones, deteriora la salud, impide trabajar fuera de casa, provoca el descuido de otras personas y de uno mismo, influye negativamente en la economía y provoca conflictos en la pareja.



Asumir los cuidados de personas cercanas, con independencia de la significación que tengan para quien se ocupa de ellas, puede llegar a repercutir negativamente en la salud de quien cuida, tanto desde el punto de vista físico (como cansancio, alteraciones en la alimentación, el sueño, etc.), como desde el punto de vista psicológico (inseguridad, decaimiento, etc.), y social (aislamiento, pérdida de relaciones, etc.). Por esto, la cuidadora informal debe ser considerada como objeto de interés y de cuidados por parte de la enfermera.

### Para la enfermera

Cuando existe una cuidadora que se hace cargo del paciente que trata, la cuidadora informal, se convierte en el punto de atención, junto con la persona enferma, de los cuidados enfermeros.

La enfermera debe valorar las necesidades de cuidados que tiene la persona que precisa la ayuda, y contrastarla con las capacidades, habilidades y disponibilidad de quien va a ofrecer esa ayuda, de manera que se asegure su realización con satisfacción para ambas y plenas garantías para la salud de quien recibe los cuidados.

Quien ofrece la ayuda recibirá el apoyo, ayuda, enseñanza, etc., de la enfermera en todo lo que precise relacionado con los cuidados de la persona de la que se hace cargo y, además, en los aspectos de promoción y protección de su propia salud. Puede ser un momento muy adecuado para que mejore sus hábitos de cuidados y se sitúe en condiciones de salud óptimas, que también van a repercutir en los cuidados que ofrezca a quien depende de ella.

## LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Los cuidados enfermeros tienen como finalidad la satisfacción de los cuidados de salud de la persona y/o grupo, por lo que han de ser estudiados, analizados y producidos dentro de un contexto que contemple a la persona, su salud y su entorno.

Como venimos viendo, son los cuidados de la persona y para la persona, influidos por múltiples aspectos, lo que hace que sean únicos en el tiempo y en el espacio. Tienen un significado positivo, en la medida en que lo tienen para la salud de quien los recibe y

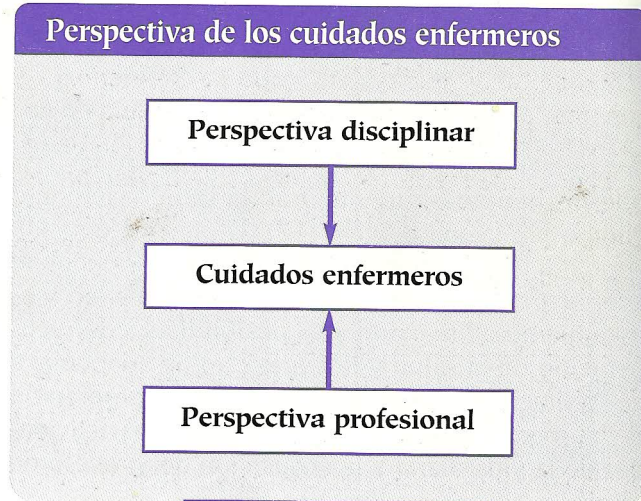
están condicionados por aspectos internos y externos de cada uno, que hay que tener presentes en todo el proceso de cuidados: las formas de satisfacer estas necesidades, los aspectos que se han de incorporar al proceso, aquéllos que es necesario modificar, la implicación de la persona y sus allegados, etc.

Se entienden como los cuidados profesionales que ofrecen las enfermeras a las personas que los necesitan, entendiendo que estas personas tienen un entorno y un estado de salud que condiciona sus necesidades de cuidados, demandan formas específicas y condicionan su satisfacción. Ni los cuidados de la persona, ni los cuidados enfermeros pueden aislarse del contexto en el que tienen lugar, la persona con su entorno y un estado de salud determinado que influyen en su globalidad.

Constituyen, desde el punto de vista disciplinar, el objeto del conocimiento enfermero y, desde el punto de vista profesional la práctica enfermera, configurando la aportación específica que la profesión enfermera hace a la salud de las personas y de los grupos (Ver Tabla 6) [19].

Para que los cuidados enfermeros sean finalmente eficaces deberían buscar el ayudar a otras personas en su proceso de adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades de cuidados para sí misma y su entorno, para mejorar su salud y adaptarse a la

Tabla 6.





enfermedad, desde una doble perspectiva: satisfacer las necesidades de la persona y, contribuir a la resolución de la enfermedad o ayudar a vivir con la alteración de la salud de la mejor manera posible. Por ejemplo el apoyo, consejo y facilitación de información para cubrir las necesidades de alimentos que requiere una persona diabética.

Para Collière [9], los cuidados enfermeros tienen una dimensión social y de desarrollo de las personas y los grupos. Destaca su carácter universal para todas las personas, familias y comunidades por medios accesibles, la plena participación de los receptores, y su coste asequible para la comunidad. Para esta autora la finalidad de los cuidados enfermeros es el mantenimiento y recuperación de la salud y la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad.

### Orientaciones de los cuidados enfermeros

Como hemos visto anteriormente, los cuidados tienen una naturaleza universal y prácticas y valores individuales, personales. Son necesarios para todas las personas y a lo largo de toda la vida. Varían en función del estado de salud, entre otras variables como la edad, el sexo, los valores culturales, las relaciones interpersonales, etc., y adquieren formas específicas en cada momento concreto de la vida de la persona y de la evolución social.

Por parte de las enfermeras, los cuidados han sido objeto de diferente consideración a lo largo de la historia. Fawcett-Heney, responsable de enfermeras y matronas de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, en octubre de 1999, en las Jornadas del Grupo de Referencia de Enfermería Comunitaria (Asociación Española de Enfermería Docente), distinguía, en la evolución de los cuidados enfermeros tres objetivos de actuación: en un principio el objetivo fue el entorno, posteriormente la enfermedad y más tarde, correspondiendo con los tiempos actuales, los estilos de vida.

La orientación de los cuidados enfermeros ha evolucionado de forma pareja a los cambios sociales. Los cuidados tienen su origen en las necesidades sociales (las necesidades de cuidados que tienen las personas y los grupos), donde toman cuerpo y se estructuran profesionalmente (con conocimientos y

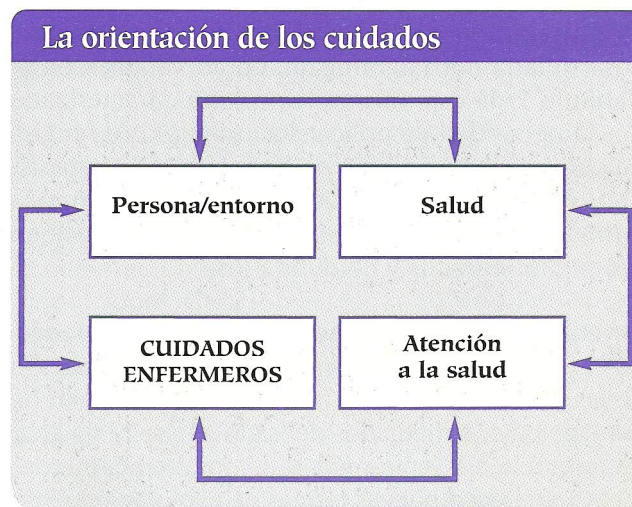
procedimientos disciplinares), y revierten en forma de servicio a la sociedad que los precisa (los cuidados enfermeros).

Al ser construcciones sociales, los cuidados enfermeros han estado influidos, como veíamos en el capítulo anterior, por la propia evolución de la sociedad, existiendo tres elementos que son determinantes: la concepción de la persona, el concepto de salud imperante en cada etapa y, como consecuencia de éste, el tipo de atención a la salud que se ofrece en cada momento. Estos elementos, a su vez, están condicionados por factores políticos, económicos, culturales, etc. (Ver Tabla 7).


Los cuidados enfermeros se ofrecen a una persona o grupo teniendo en cuenta el entorno y estado de salud. Estos cuidados tienen lugar dentro de un sistema de atención a la salud que, por una parte, está condicionado por la concepción de salud que se tiene y, por otra parte, condiciona los cuidados que proporcionan las enfermeras como parte del sistema.

A lo largo del último siglo y medio pueden distinguirse cuatro grandes corrientes en la orientación de los cuidados enfermeros: en la primera los cuidados se orientan a crear, en el entorno de la persona, las mejores condiciones posibles para la salud; en la segunda etapa los cuidados tienden a influir sobre los aspectos relacionados con la enfermedad; posteriormente, hay un periodo que se caracteriza por considerar en los cuidados la globalidad de la persona y, actualmente, los cuidados tienen una orientación

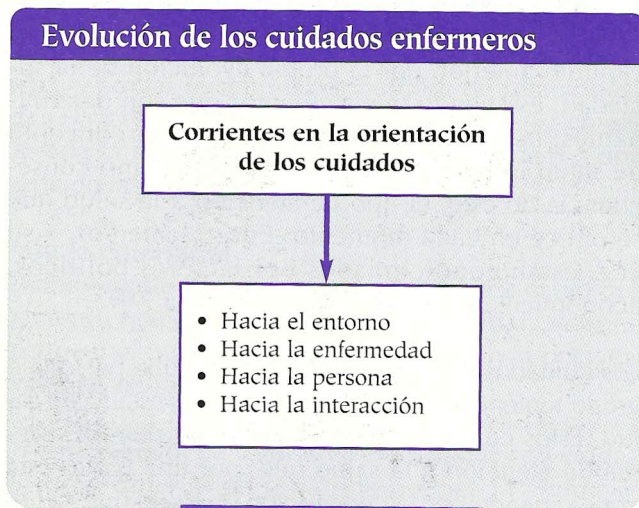
Tabla 7.





basada en potenciar una interacción positiva de la persona con su entorno (Ver Tabla 8 ).

 **Tabla 8.**



### **Orientación de los cuidados hacia el entorno de la persona**

En la primera época se da gran importancia a los cuidados del entorno. Esta orientación se conoce como hacia la salud pública. Su máximo exponente es Florence Nightingale, y en ella los cuidados se relacionan, fundamentalmente, con conseguir las mejores condiciones para la persona con el fin de que la naturaleza actúe sobre ella. Nightingale [20] apunta cinco elementos importantes para asegurar unas condiciones en la vivienda que garanticen la salud de quienes en ella habitan: aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz.

La orientación de los cuidados fundamentada y desarrollada por Nightingale, como veíamos en el Capítulo 2 de este mismo texto, está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos, así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

### **Orientación de los cuidados hacia la enfermedad**

Posteriormente, y coincidiendo con la erradicación de las enfermedades transmisibles y el desarrollo de la tecnología, a mediados del siglo XX, se le da gran importancia a la enfermedad como alteración concreta y aparecen nuevas formas de exploración y tra-

tamiento médicos, que se convierten en el centro de interés, casi único, de la atención a la salud.

Las enfermedades físicas se contemplan como una realidad independiente del entorno ecológico y sociocultural de la persona que las padece. La salud es considerada como ausencia de enfermedad, y su origen se relaciona con una sola causa. Este origen unicausal es el que orienta el tratamiento, dejando a un lado los factores personales y ambientales de quien padece la enfermedad.

El objetivo de la medicina tecnicocientífica es estudiar la causa de la enfermedad, formular un diagnóstico preciso y proponer un tratamiento específico para el diagnóstico establecido, centrado en el órgano, sistema o función afectados.

Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas de deficiencias o incapacidades de la persona. La importancia fundamental se le confiere a todo aquello que está relacionado con los cuidados que se derivan del tratamiento de la enfermedad propiamente dicho. En un principio, se entendía que el tratamiento y/o la técnica "teóricamente más adecuados" para el problema concreto que presentaba la persona era lo que había que aplicar sin más planteamientos, sin considerar las particularidades de cada persona.

La experiencia va evidenciando que los cuidados enfermeros orientados exclusivamente a los aspectos relacionados con la enfermedad, a influir sobre los signos y síntomas, a ofrecer cuidados puntuales, etc., no producen bienestar en la persona ni mejoran el funcionamiento integral, y se empieza a desarrollar la idea de que cuidar para la salud y fomentarla trasciende lo biológico. Se comienza a contemplar la necesidad de tener presente la integridad e individualidad de la persona en todo lo referente a los cuidados y a considerar la importancia del entorno en el estado de salud y su evolución.

### **Orientación de los cuidados hacia la persona**

De la orientación de los cuidados basados en la enfermedad se pasa a la orientación basada en la persona, evolución que es consecuencia del reconocimiento de la importancia de la persona para



Participación de la persona y familia en el cuidado. (L. Rojo)

la sociedad, y que se pone de manifiesto, entre otras, en las teorías de las necesidades humanas de Maslow, de los sistemas de Bertalanffy y de la adaptación de Helson.

Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: física, psíquica y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona, diseña y lleva a cabo las acciones de cuidados que requiere teniendo en cuenta sus percepciones, prioridades y su globalidad, utilizando los principios de la relación de ayuda.

Para Kérouac [1] gran parte de las concepciones actuales de la disciplina enfermera, que han dado lugar a los diferentes modelos de cuidados, han sido elaboradas a partir de la orientación basada en la persona.

En los años sesenta, los cuidados enfermeros empiezan a describirse como servicio humano y de ayuda, y la formación enfermera se desarrolla también fuera de los hospitales, con una tendencia dirigida hacia el conocimiento de la persona, conduciendo a la disciplina hacia la búsqueda de principios esenciales para su práctica desde esta orientación.

A finales de la década de los setenta, se producen una serie de transformaciones a escala mundial que repercuten en todos los aspectos de la vida social. Un hecho especialmente significativo fue la celebración en 1978 de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la Organización Mundial de la Salud que desarrolla la conocida Declaración de Alma-Ata, en la que se reconocen las relaciones entre la promoción y la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo en el plano económico y social, con lo que adquiere una gran importancia la



atención a la salud de las personas. Así mismo se pone de manifiesto el necesario compromiso de los gobiernos y de los profesionales, sobre la incorporación de las personas en los sistemas de organización y procesos de atención a la salud.

A partir de esta declaración, la Organización Mundial de la Salud propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado en la idea de que *“los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que les son destinadas”*. La persona se torna así en agente de su propia salud, participando activamente en su proceso, sea cual sea éste, y en las decisiones que sobre el mismo deben adoptarse.

En este contexto adquieren una significación especial los cuidados de salud basados en la interacción.

### **Orientación de los cuidados hacia la interacción de la persona y su entorno**

Desde esta orientación, se propicia que cada persona desarrolle sus capacidades, así como la adecuada utilización de los recursos disponibles, con el fin de mejorar su propia salud y la de la comunidad.

Actualmente, los cuidados relacionados con el estilo de vida son considerados de gran importancia. Con independencia del estado de salud, se van adquiriendo, aprendiendo y desarrollando diferentes hábitos de cuidados que van a configurar, en cada persona, un estilo de vida que será determinante en su salud.

La enfermera, al ofrecer los cuidados enfermeros, pasa a formar parte de la realidad en la que interviene y, por tanto, debe considerar tanto a la persona y su entorno, como la propia identidad del cuidado que se necesita, que es lo que va a determinar la acción enfermera, lo que Collière [5] define como *“la naturaleza del cuidado”*.

Los cuidados enfermeros requieren una relación interpersonal: están influidos por las personas que participan en el proceso de cuidados, aquéllas que los requieren y quienes los ofrecen, así como por el medio en que se llevan a cabo (hospital, centro de salud, domicilio, escuela, etc.).

Con independencia del lugar donde se establecen los cuidados enfermeros, la persona debe tener un papel activo en la toma de decisiones, de igual manera en el hospital, en su domicilio, etc, tan sólo condicionado por las capacidades y deseos de las personas involucradas.

Hoy se da gran importancia a *“cuidar en familia”*. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud desarrollan políticas de salud para fomentar la participación de todas las personas que están implicadas en el proceso de cuidados: persona que requiere los cuidados, cuidadoras informales, cercanos que ofrecen algún tipo de ayuda, grupos de autoayuda, enfermeras, etc.

### **Orientaciones del cuidar**

Las diferentes corrientes que han influido sobre los cuidados han venido determinadas por el centro de interés de éstos (la enfermedad, la persona, la interacción de la persona con su entorno), y han dado origen a distintas orientaciones del cuidado enfermero en cuanto a su finalidad, papel de la enfermera y forma de organización de los cuidados que se desarrollan en la Tabla 9.

Cuando los cuidados han tenido como eje la enfermedad, la intervención enfermera ha consistido en eliminar los problemas, cubrir las dificultades y ayudar a los incapacitados. Intervenir significa hacer por la persona. La enfermera planifica, ejecuta y evalúa las acciones. La persona está bajo sus cuidados y los de otros profesionales de la salud. Los profesionales son considerados los expertos, que poseen los conocimientos sobre los agentes nocivos de la salud y las medidas que son necesarias para prevenirlos o evitar sus efectos. Se puede decir que no se propicia la participación de la persona en sus propios cuidados.

La organización de los cuidados enfermeros se caracteriza, desde esta orientación, por la gestión individual y la especialización fragmentada de las acciones de cuidados. Una enfermera hace las curas, otra distribuye la medicación, otra se ocupa del mantenimiento de la higiene de los enfermos, etc.





Tabla 9.

Esquema de las orientaciones del cuidar

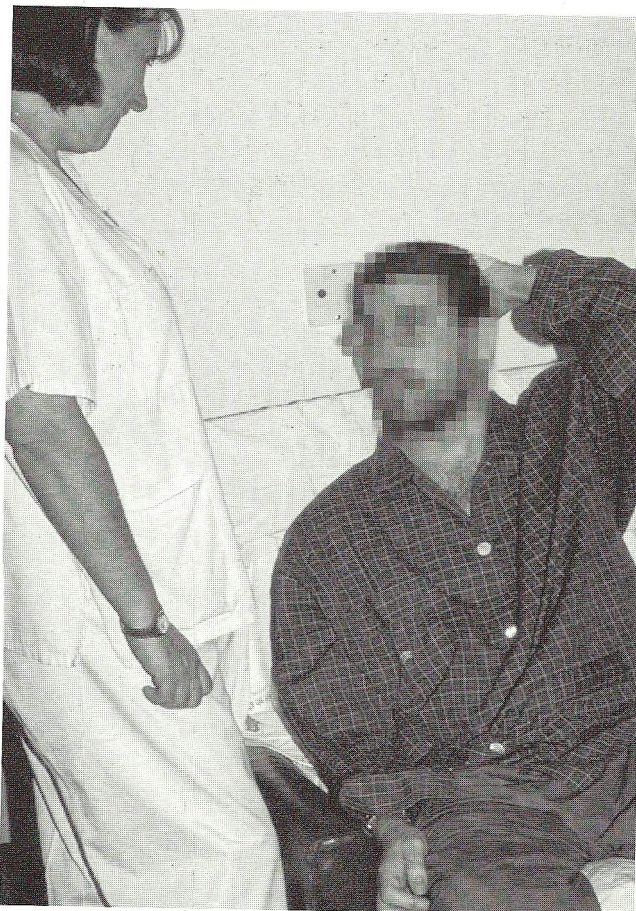
CENTRO DE LOS CUIDADOS	ENFERMEDAD	PERSONA	INTERACCIÓN PERSONA-ENTORNO
FINALIDAD	Eliminar el problema	Integridad de la persona	Estabilidad/bienestar
ROL DE LA ENFERMERA	Actuar por la persona	Actuar para la persona	Actuar con la persona
ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS	Fragmentación de los cuidados en tareas	Plan de cuidados	Promover el potencial de la persona

A partir de la corriente que orienta los cuidados hacia la persona, las enfermeras han elaborado concepciones diferenciadas del modelo biomédico, según el cual, se considera a la persona como una entidad divisible en subsistemas biológicos independientes entre sí. A diferencia del modelo biomédico las concepciones enfermeras se basan en la integridad de la persona y en la relación de ésta con su entorno ecológico y social.

Se modifica el lenguaje enfermero, el paciente se torna en cliente de quien se espera y se potencia una colaboración en el tratamiento. Se adopta, como método de trabajo, un proceso sistemático basado en un modelo conceptual, y la enfermería centra su interés en la persona como un todo integrado en su contexto.

En la división del trabajo que se produce en el sistema de atención a la salud, la responsabilidad que asumen las enfermeras se dirige tanto al cumplimiento de tareas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, como a la atención integral de la persona que se ha de cuidar. Aunque cada vez más existe un mayor reconocimiento a la

En el terreno de la atención directa, la prestación de cuidados evoluciona. La aparición de nuevas categorías de personal de cuidados facilita la adopción del sistema de trabajo en equipo, distribuyendo el trabajo sobre la base de las necesidades de cuidados de la persona y, en función de éstas, de la competencia y habilidades de los miembros del equipo, bajo la responsabilidad de un solo profesional (en términos más evolucionados y teóricos, la enfermera primaria o principal, que, como la describe Wright [21], parte de una concepción de la enfermería basada en el paciente y es la responsable última del plan de cuidados) o en un sistema más organizativo o instrumental, jefe de planta, que es la responsable última del funcionamiento de la unidad, facilitar la consecución de los objetivos del grupo y por ende de los cuidados que reciben los enfermos [1, 8].



Es fundamental que la persona opine e intervenga en las decisiones sobre sus cuidados



necesidad de los cuidados como tales en todos los niveles de atención a la salud y, por tanto, a la tipología de enfermera descrita por Alberdi [22] como la enfermera cuidadora.

Desde la orientación que contempla la necesidad de los cuidados desde la perspectiva de la interacción de la persona con su medio, para mantener la estabilidad, se concibe el cuidado dirigido al bienestar, tal y como la persona entiende éste.

La enfermera, con conocimientos y habilidades que le permiten tratar a la persona desde una perspectiva holística, se adelanta a la manera de contemplar las necesidades de cuidados de esta persona y la acompaña en sus experiencias de salud, respetando sus valores e incorporándola al proceso de cuidados. Significa estar con la persona; la persona y la enfermera son compañeras en un cuidado individualizado, se complementan en una atmósfera de mutuo respeto. La enfermera, por un lado, promueve las posibilidades de desarrollo del potencial de la persona para su propio beneficio y por otro y, como consecuencia de los lazos de relación establecidos, la propia enfermera también se beneficia en el desarrollo de su propio potencial.

La forma de concebir a la persona marca la filosofía del cuidado desde la orientación de la interacción. La persona es un todo indisoluble, es mayor que la suma de sus partes y diferente a la totalidad, tiene formas de ser únicas en relación e interacción dinámica consigo misma y con su entorno y se preocupa por buscar una calidad de vida según su potencial, posibilidades y prioridades.

A partir de la década de los años setenta, los cuidados globales y los cuidados integrales se entienden como la totalidad del conjunto de los cuidados enfermeros en los que se considera fundamental la participación del cliente. La enfermera es la responsable de ellos, para lo que dispone de un conjunto de conocimientos disciplinares, y la posibilidad constante de acceder a nuevos conocimientos a través del estudio y la investigación, que le permiten la comprensión de los procesos, problemas y situaciones de las personas de todas las edades, en todas las situaciones de salud-enfermedad y en un mundo en constante evolución.

Esta situación se caracteriza por la preocupación de las enfermeras por los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado. El hecho de cuidar a una persona supone el reconocimiento y respeto de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones. Elementos, todos ellos, que como se trató en páginas anteriores, son determinantes para el éxito de los cuidados y la satisfacción y bienestar de la persona.

Desde esta visión, intervenir como enfermera significa actuar con la persona con el fin de dar respuestas a sus necesidades. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas de la persona. Se convierte en consejera experta que ayuda a la persona a elegir comportamientos de salud para adaptarlos a su funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

### Los cuidados enfermeros, según diferentes teóricas

Uno de los constructos teóricos desarrollado en todos los modelos conceptuales enfermeros es el cuidado enfermero. Es el elemento fundamental de las estructuras teóricas que tratan de desarrollar qué cuidados son necesarios para las personas cuándo se llevan a cabo y cómo. Este constructo representa uno de los cuatro conceptos paradigmáticos de la disciplina: persona, entorno, salud y cuidados. Vamos a ver, pues, como las diferentes teorizadoras de la enfermería, integrantes de las distintas escuelas de pensamiento, según la clasificación de Kérouac [1], describen los cuidados enfermeros.

### El concepto de cuidados enfermeros y la Escuela de las Necesidades

Las teóricas de la Escuela de las Necesidades conceden una importancia fundamental a los cuidados relacionados con las necesidades humanas.

**Virginia Henderson** [10] describe los cuidados enfermeros como *"asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer"*



su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales". Henderson entiende que todas las personas tienen catorce necesidades fundamentales, que considera como elementos integrantes de los cuidados enfermeros y que están influidas por los factores permanentes y los estados patológicos que las alteran. Tanto los factores que influyen en las necesidades como los estados patológicos que pueden modificarlas deben estar presentes en la valoración de las necesidades de cuidados y en la prestación de los mismos. Dentro del modelo de V. Henderson en cada una de las catorce necesidades básicas se recogen los componentes de la aportación enfermera en relación con cada una de ellas.

Identifica tres niveles en la función cuidadora de la enfermera: el de "sustituta" que compensa lo que le falta al paciente, de "ayudante" con el que establece las intervenciones y de "compañera" con el que fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud. La finalidad de los cuidados enfermeros, según esta teórica, va dirigida a ayudar a la persona a realizar sus cuidados para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o morir de forma tranquila, potenciando sus capacidades, fuerza, voluntad y/o conocimientos, para que lo realice ella misma en la medida de lo posible.

**Dorothea E. Orem** afirma que cuidados enfermeros representan "el campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de sus autocuidados relacionados con sus capacidades de autocuidado". Para esta autora, los autocuidados se manifiestan en forma de requisitos de autocuidado. Identifica tres tipos de requisitos de autocuidado: universal, del desarrollo y de desviación de la salud (Ver en Modelo de Orem en este mismo libro). Los requerimientos derivados de éstos están influidos por lo que describe como factores condicionantes básicos, entre los que incluye el estado de salud y otros elementos internos y externos de la persona.

Los cuidados enfermeros tienen su origen en el autocuidado, entendiendo éste como las prácticas cotidianas que las personas, con capacidad para ello, llevan a cabo de manera autónoma con la finalidad de vivir, mantener la salud, desarrollarse y estar bien.

## El concepto de cuidados enfermeros y la Escuela de la Interacción

La conceptualización sobre los cuidados enfermeros de las teóricas incluidas en la Escuela de la Interacción apunta a la importancia de la relación interpersonal como elemento terapéutico de los cuidados enfermeros.

**Hildegard Peplau** conceptualiza los cuidados enfermeros como "relación interpersonal terapéutica orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: orientación, identificación, aprovechamiento o profundización y resolución". Peplau pone un énfasis especial en las necesidades psicológicas de las personas, reconociendo, también, la existencia de necesidades bioquímicas y fisiológicas.

Esta teórica da una importancia fundamental a los cuidados enfermeros como proceso significativo, terapéutico e interpersonal que ayudan a la persona a madurar, es decir, a "promover el avance de la personalidad hacia una vida personal y social, creativa, constructiva y productiva".

## El concepto de cuidados enfermeros y la Escuela de los Efectos Deseables

Las teóricas que desarrollan sus estructuras conceptuales dentro de la Escuela de los Efectos Deseables ponen especial énfasis en considerar los elementos del entorno en los cuidados enfermeros.

**Callista Roy** [23] considera los cuidados enfermeros como "ciencia y práctica de la promoción de la persona que tiende a evaluar los comportamientos del cliente y los factores que influyen en su adaptación en los cuatro modos adaptativos" descritos por Roy: el fisiológico, de autoconcepto, de desempeño de roles y de interdependencia. La intervención enfermera la plantea en la modificación de los factores que influyen en los modos de adaptación y que describe como focales, contextuales y residuales, "con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud, su calidad de vida o permitirle morir con dignidad". Los objetivos de cuidados van dirigidos a lograr metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio de las situaciones, promover respuestas adaptativas en las situaciones de salud y



enfermedad. Esta autora pone especial énfasis en los cuidados enfermeros como potenciadores de modos de adaptación, a través de mejorar la relación entre la persona y el entorno.

El objetivo de los cuidados enfermeros, según Roy, es que la persona se adapte a sus cambios en los modos fisiológicos de autoconcepto, desempeño de roles y relaciones de interdependencia, en cualquier estado de salud. Para esta teorizadora, cuando la persona responde positivamente a un estímulo libera energía que también le sirve para responder a otros estímulos adaptándose.

### **El concepto de cuidados enfermeros y la Escuela Humanística y Científica**

Las teóricas incluidas en la Escuela Humanista y Científica consideran fundamental la individualidad y la particularidad que caracterizan a los cuidados de cada persona.

**Madeleine Leininger** [23] conceptualiza los cuidados enfermeros como *"ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales"*. Leininger concede una importancia fundamental a los cuidados como prácticas culturales, lo que les confiere dimensiones diversas y, cuando los valores, creencias y prácticas culturales son tenidas en cuenta en los cuidados enfermeros, éstos producen mayor bienestar en las personas, las familias y los grupos que los reciben.

Considera los cuidados esenciales para el bienestar, la curación, el desarrollo, la supervivencia y para afrontar las discapacidades o la muerte. Propone tres modos de acción para los cuidados enfermeros: preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales de la persona, para proporcionar los cuidados de la mejor forma posible de acuerdo con la cultura y valores del enfermo.

**Jean Watson** [23], según la cual los cuidados enfermeros son *"arte y ciencia humana, ideal moral y procesos transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía (cuerpo-alma-espíritu) utilizando diez*

*valores de cuidados"*. Entre los factores de cuidado que constituyen la base para desarrollar la ciencia enfermera, Watson incluye aspectos relacionados con los valores, la cultura, el entorno, las necesidades de la persona y la forma de resolución de problemas con la utilización del método científico.

Para esta autora, los cuidados enfermeros son una transacción de cuidados profesionales, personales, científicos, estéticos, humanos y éticos, cuyo objetivo es apoyar a la persona para que consiga el máximo nivel posible de armonía entre alma, cuerpo y espíritu, entendiendo que los cuidados son eficaces cuando, además de promover la salud (como objetivo fundamental), potencian la autoarmonía, promueven el autoconocimiento y la autoayuda y dan significado a la vida.

Watson considera que para cuidar de otras personas es fundamental cuidarse de una misma. Para esta autora, la enfermería implica cuidados intersubjetivos, por lo que el proceso de enfermería debería ser transpersonal. Sin llegar a desestimar el método científico como método de resolución de problemas, da gran importancia al pensamiento intuitivo a los sentimientos. En el proceso de cuidados, la enfermera interpreta con los datos de que dispone y principios enfermeros; hace juicios enfermeros y toma las decisiones que son más pertinentes.

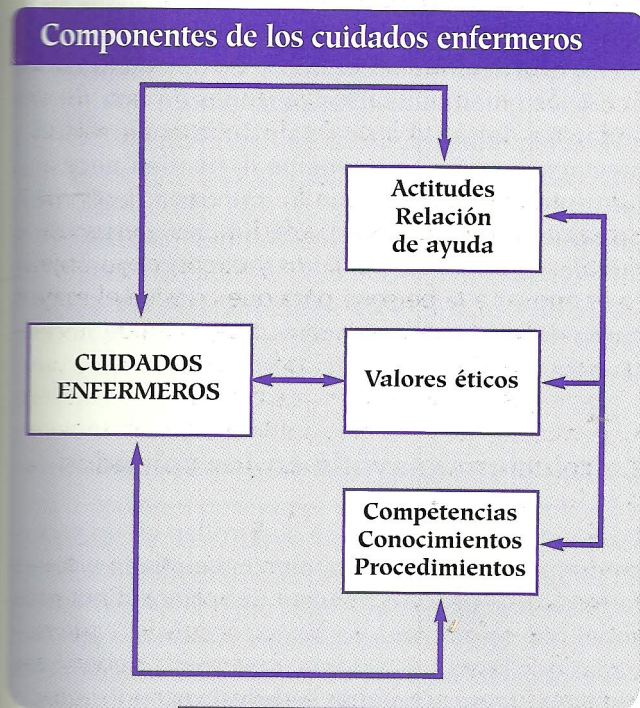
### **La práctica cuidadora**

La práctica enfermera, como toda práctica científica, requiere de competencias, conocimientos, procedimientos específicos, que se trataron anteriormente en este mismo libro (los modelos de cuidados enfermeros y procedimientos enfermeros). Además precisa de una serie de habilidades (entre las que tiene una importancia fundamental la recepción de ayuda), y de actitudes y valores (que componen la ética profesional), todo ello determinado por la naturaleza de los cuidados que se ofrecen (Ver Tabla 10).

Se apuntaba anteriormente que los cuidados de salud contribuyen de manera definitiva a la salud de las personas, promocionando y manteniendo su salud, previniendo la enfermedad o las complicaciones cuando ésta ya existe, ayudando a recuperar la salud y facilitando la adaptación a situaciones



Tabla 10.



enfermedad. También hemos visto que, si bien los cuidados enfermeros tienen su origen en prácticas cotidianas de las personas, en determinadas situaciones requieren de técnicas y habilidades complejas, aunque lo que determina la complejidad del cuidado no es la dificultad que entraña la técnica de realización, sino el tipo de acciones necesarias para determinar con exactitud lo que requiere la persona, compartir con ella los objetivos de cuidados y roles para satisfacer sus necesidades, cubrir estas necesidades con plena satisfacción y contribuir al crecimiento y evolución de la persona cuidada.

Pues bien, ni la contribución de los cuidados a la salud de la persona, ni la complejidad técnica que éstos requieren, son los que dan el significado a los cuidados enfermeros. La verdadera naturaleza, entendida como la propiedad que caracteriza a los cuidados enfermeros, está en su significado para la persona que los recibe que es donde encuentran su razón de ser, donde tienen su origen y donde se hacen efectivos; en otro plano están las técnicas más o menos especiales que precisan y su contribución a la salud de quienes las reciben.

## La naturaleza de los cuidados enfermeros

Como venimos diciendo, la práctica de los cuidados enfermeros es diversa y está determinada por la finalidad que se persigue con el cuidado que la persona requiere.

Collière [5] apunta que no se pueden agrupar en un mismo "concepto abstracto de cuidado" todos los cuidados: éstos son muy diversos, dependiendo del objetivo que en cada caso se persiga. Esta autora agrupa los cuidados en función de la finalidad que pretenden asegurar según los requerimientos de la persona y considerando a ésta el eje de los cuidados enfermeros. Collière distingue seis tipologías diferentes de cuidados:

- **De estimulación:** agrupa los cuidados dirigidos a desarrollar las capacidades psicomotrices necesarias para realizar los cuidados básicos.
- **De confirmación:** en este apartado incluye los cuidados encaminados a favorecer la confianza de la persona en sí misma. Los cuidados de confirmación deben posibilitar a la persona la integración de la experiencia que está viviendo.
- **De conservación y continuidad de la vida:** en este grupo recoge los cuidados dirigidos a mantener las capacidades de la persona para que pueda satisfacer sus cuidados cotidianos.
- **De autoimagen:** agrupa los cuidados que tienen como finalidad el que la persona consiga una imagen de sí misma positiva y satisfactoria.
- **De compensación:** incluye los cuidados dirigidos a garantizar que se cubran aquellas áreas de cuidados que la persona no puede cubrir por sí misma. En estos casos la enfermera realiza los cuidados que la persona requiere solamente mientras la persona no tiene la madurez y/o la capacidad para realizarlos de manera autónoma.
- **De sosiego:** recoge los cuidados dirigidos a conseguir un estado de bienestar y tranquilidad. Dentro de éstos incluye los cuidados de relajación, y les confiere gran importancia en las situaciones en que la persona padece incomodidades por dolor.

En este mismo sentido, Orem [3] desarrolla cinco métodos de ayuda como guía para la realización de los cuidados:



- **Actuar por otra persona o hacer algo por ella:** significa llevar a cabo los cuidados que la persona necesita incorporando en la actuación todas las decisiones de la persona ayudada que sus capacidades le permitan.
- **Guiar y dirigir:** motivando a quien recibe la ayuda para que desarrolle las capacidades para hacerlo por sí misma.
- **Proporcionar soporte físico o psicológico:** facilitando apoyo o interviniendo por la persona cuando sea imprescindible y estimulando a la persona que requiere la ayuda para que persista en la acción.
- **Proporcionar y mantener un entorno que apoye el desarrollo personal:** tratando de ofrecer las condiciones, en el entorno, que faciliten comportamientos que contribuyan al crecimiento y desarrollo de la persona ayudada.
- **Enseñar:** para que la persona que necesita ayuda, adquiera los conocimientos y las habilidades que le permitan proporcionarse los cuidados que precisa.

Una y otra propuesta, con independencia de la situación de salud de la persona, dan significado a la atención enfermera en los problemas de cuidados.

La naturaleza del cuidado enfermero depende de los objetivos de cuidado y de las expectativas y capacidades de la persona que requiere ayuda enfermera, que determinan el tipo y complejidad de las acciones enfermeras. Dos personas en una misma situación de salud, con una misma enfermedad o afectación orgánica o funcional, pueden necesitar diferentes cuidados. Según la propuesta de Collier, una puede requerir cuidados de compensación y otra de sosiego y, según la de Orem, una puede necesitar que la enfermera actúe por ella y le proporcione determinado cuidado y la otra puede necesitar apoyo para hacerlo ella misma.

### La relación de ayuda en los cuidados

Los cuidados enfermeros se desarrollan en un proceso de interacción entre la persona cuidada y la enfermera. Este proceso requiere una relación interpersonal que se enmarca en las expectativas (caracterizadas por intereses, valores, creencias, costumbres, etc.) y las aportaciones de las personas implicadas, lo que Chalifour [24] denomina relación de ayuda.



Con la relación de ayuda la enfermera debe fomentar la participación de la persona en sus cuidados. (L. Rojo)



esta relación no basta la buena voluntad, más bien requiere de competencias profesionales que, junto a la psicología humanista, constituyen modelos de relación.

La persona que requiere cuidados enfermeros es el centro de la relación y debe ser considerada como interlocutor con quien es preciso establecer una comunicación efectiva haciendo ésta extensiva a sus allegados o personas significativas, en la medida en que participen en el proceso de cuidados, con independencia del lugar en el que se lleven a cabo (hospital, domicilio, centro de salud, etc.).

Entre las características de los cuidados de la persona, las acciones personales que tienen por finalidad el bienestar, las que hacen necesario su planteamiento y los principios que establece la relación de ayuda. Es importante que la persona se comprometa con los cuidados que requiere, para hacerlos por sí mismo o para recibirlos, cuando necesita atención enfermera, y es imprescindible que la relación necesaria se establezca en un clima de aceptación, respeto y comprensión con objeto de facilitar a la persona la identificación y utilización de sus propios recursos para satisfacer sus necesidades, contribuyendo con ello a su bienestar y comodidad con relación a los cuidados que requiere.

Esta es una relación complicada, pues se trata de hacer algo (los cuidados) por, para y contra la persona (cuando ésta no puede) y, por tanto, son los valores de la persona ayudada los que deben primar en quien ofrece la ayuda, para lo que es imprescindible reconocer, respetar y considerar la libertad y deseos de la persona cuidada. La enfermera ha de ver a quienes cuida como personas activas con la capacidad y el derecho para tomar sus propias decisiones.

Desde el inicio de la relación, es necesario considerar que la razón de la misma es ofrecer cuidados enfermeros a una persona o grupo de personas que no pueden realizarlos por sí mismas y durante un tiempo determinado, hasta que pueden proporcionárselas, o alguien cercano se los ofrezca con plenas garantías.

Para que los cuidados sean satisfactorios y la persona los incorpore en el futuro a sus hábitos de vida cotidianos, es preciso crear y mantener el entorno y las condiciones que consideren y respeten las costumbres y deseos de la persona que requiere ayuda en sus cuidados.

La relación de ayuda tiene como finalidad el crecimiento de la persona que la recibe y el descubrimiento y utilización de sus recursos en su propio beneficio. Rogers [25] la describe como *"toda relación en la que al menos una de las partes, intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor, una mejor apreciación de sí mismo y enfrentarse a la vida de la manera más adecuada"*.

Un principio fundamental de la relación de ayuda es que quien mejor conoce su situación es la persona que requiere de la ayuda. Ayudarle, por tanto, consiste en favorecer la autoexploración de su problema para que pueda identificar lo que le ocurre y se autoayude ella misma, con el fin de que sea más autónoma y resuelva o aprenda a convivir con las dificultades existentes cuando éstas no sean superables.

La persona ayudada espera ser escuchada, acogida y comprendida [24]; de esto hay que partir y basándose en ello actuar. Las enfermeras deben considerar dos principios básicos para conocer con objetividad lo que le ocurre a quien necesita la ayuda: que las necesidades de la persona ayudada no son iguales a las suyas y que la relación no puede ser ni directiva ni dirigida. Para ello necesitan desarrollar actitudes y destrezas facilitadoras de una buena relación de ayuda.

Según Rogers [25] son actitudes imprescindibles para una relación de ayuda eficaz: la congruencia en los mensajes que transmite quien ayuda y tanto en las actitudes explícitas como en las implícitas, la aceptación sin condiciones ni reservas y la comprensión empática de la persona ayudada por parte de la enfermera.

Este mismo autor considera como habilidades necesarias para establecer la relación de ayuda: la confrontación entre las distintas informaciones y mensa-



jes que se obtienen para llegar a tener una información real sobre lo que le ocurre a la persona, la escucha activa y receptiva que facilite a la persona expresar lo que le ocurre y lo que ella considera significativo, y la reformulación para llegar al conocimiento más completo posible sobre las necesidades de la persona.

En todo el proceso de cuidados, la relación de ayuda es fundamental para el éxito del plan de cuidados:

- Para llegar a conocer las necesidades de cuidados de salud de una persona o grupo se requiere de un proceso de estudio y análisis para valorar la situación, que no es posible sin el establecimiento de una relación empática con la persona y/o sus allegados.
- Los cuidados que requiere la persona precisan de su compromiso y/o el de personas que son significativas para ella, ya que no sería posible la realización de las acciones de cuidados que se requieren sin que la persona comparta la importancia de ellos para el problema de cuidados de salud que presenta, y esto sólo es posible si la persona está correctamente informada y comparte las conclusiones sobre las que se establece el plan de cuidados, lo que sin duda requiere de una buena relación.
- El compromiso de la persona con los objetivos de cuidados y su involucración en las acciones que puede realizar y la aceptación de los cuidados enfermeros que precise.

### Los valores éticos del cuidado enfermero

Las competencias en el cuidado enfermero requieren, además de conocimientos científicos y habilidades tecnológicas, valores profesionales que orientan sobre lo que debe hacerse y cómo hacerlo correctamente.

La idea de buena práctica profesional debe trascender de la eficacia en la consecución de resultados tangibles para contemplar los aspectos humanos, que no siempre están recogidos entre las obligaciones asignadas a la propia profesión.

Acabamos de ver que en todas las situaciones en las que se producen cuidados enfermeros se dan relaciones interpersonales y, en todas las relaciones humanas es necesario establecer principios y reglas que regulen el comportamiento de quienes participan en ellas.

Cuando estas relaciones con las personas tienen como objetivo proporcionar cuidados enfermeros, están implicados aspectos de la integridad, valores e intimidad de quienes requieren esos cuidados, es decir de aspectos éticos personales y, por tanto, la actitud profesional deberá regirse por principios, normas y reglas que vayan creando hábitos y costumbres que sustenten las decisiones que se deben o tienen que tomar. Ésto es la ética profesional.

Considerar los valores éticos del cuidado enfermero requiere analizar los aspectos que los determinan desde una doble perspectiva: la de la persona que los recibe y la de quien los proporciona; la enfermería como profesión comprometida con la sociedad y sus integrantes y la enfermera con sus propios valores éticos.

Un comportamiento ético por parte de la enfermera requiere: informar al enfermo para que pueda tomar sus propias decisiones y respetar éstas, representando también su derecho a no ser informado cuando así lo desee. La responsabilidad en la toma de decisiones le compete al enfermo y a las personas que son significativas para él.

Cuando aparecen problemas éticos, dilemas éticos que habitualmente se producen en situaciones de estrés, lo que dificulta aún más su resolución, hay que recurrir al razonamiento ético como proceso de reflexión de acuerdo a normas morales y éticas.

Arroyo [26] pone de manifiesto la importancia que, en la concepción de los cuidados enfermeros, debe concederse a las creencias y valores, tanto de las enfermeras como de las personas que requieren los cuidados, y tanto desde la perspectiva personal como profesional y social.

Considerar los cuidados enfermeros desde una perspectiva ética que los oriente hace que sea fundamental el respeto a los valores de la persona cuida-





da, pues, debido a las propias características de los cuidados humanos, como veíamos en páginas anteriores, las personas han de participar en las decisiones sobre sus cuidados.

Los valores éticos que van configurando el desarrollo ético y moral de cada persona se forman en sus ámbitos sociales de referencia (la cultura, la ideología, la religión, etc) y determinan la concepción personal sobre lo que es aceptable en una situación. Estos valores influyen en la manera en la que las personas buscan ayuda, en cuándo y para qué la piden y cómo responden a ella.

La enfermera tiene que comprender la influencia de los valores éticos en los comportamientos de la persona y considerar estos aspectos en los cuidados.

Durán [27] reflexiona en este sentido, diferenciando entre "la intimidad del cuidado" y "el cuidado de la intimidad". Sobre la intimidad del cuidado, pone de manifiesto la existencia de una serie de aspectos que rodean las necesidades, manifestaciones y formas de satisfacer los cuidados, que son consustanciales a los valores y forman parte de la privacidad de cada persona. Esto hace que las experiencias de ser cuidada se vivan de forma única. Sobre el cuidado de la intimidad, plantea la necesidad de orientar los cuidados enfermeros, no sólo a cubrir las necesidades de cuidados, sino también a cuidar los aspectos íntimos de la persona desde la perspectiva de ésta y todo ello con una actitud de respeto.

La adopción de una concepción de la disciplina enfermera para guiar la práctica cuidadora debe ir acompañada de una práctica ética, utilizando principios y reglas propios de la profesión.

Las enfermeras tienen códigos éticos que establecen ideales de conducta profesional que representan declaraciones colectivas sobre expectativas y formas de comportamiento del grupo.

Asociaciones como la *American Nurses Association* (ANA) o el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) han desarrollado sus propios códigos éticos con una amplia aceptación en el colectivo enfermero.

Las enfermeras españolas contamos con el Código Deontológico de la Enfermería Española aprobado

por el Consejo General de Enfermería [28]. Los diferentes códigos éticos reflejan los mismos principios fundamentales, aunque según las diferentes realidades, ponen más énfasis en las cuestiones de mayor interés o significado para esa realidad.

Los códigos deontológicos son necesariamente generalistas y no pueden atender a situaciones individuales y personales. Por esto, en un plano más concreto y no menos importante, hay que apelar a la responsabilidad individual para desarrollar hábitos y costumbres éticas como parte de la naturaleza de la persona, que impregnen la actividad cuidadora de valores como la solidaridad, el respeto y la tolerancia, en el sentido de ver y tratar a la persona cuidada como a una igual. La ética personal se transmite en las actitudes hacia los otros.

Cada enfermera es responsable de sus actos ante sí misma, ante la profesión, ante la persona cuidada, ante la institución para la que trabaja y ante la sociedad. La escala de valores de la enfermera puede diferir de la escala de valores de la persona cuidada y, siempre que no entre en contradicción con principios deontológicos y/o legales, debe respetar los valores de la persona, por la satisfacción que le producen y porque pueden ser más eficaces los cuidados cuando se incorporan los valores del beneficiario. Cada cultura tiene sus propios valores, y lo que es correcto para un grupo a veces es incorrecto para el otro.

Hasta aquí se ha visto lo que son los cuidados de la persona y su importancia para la salud y se han conceptualizado éstos como el campo profesional y disciplinar de la enfermería. También se ha tratado sobre las actitudes y valores enfermeros necesarios en la práctica cuidadora. Pero aunque en este mismo libro se profundiza sobre los aspectos teóricos y metodológicos de las competencias profesionales enfermeras (los modelos de cuidados enfermeros y el proceso de atención de enfermería), no podía darse por finalizado este capítulo sin analizar la importancia que para la práctica cuidadora, como razón de ser de la enfermería, tiene el marco teórico de los cuidados enfermeros.



## EL MARCO TEÓRICO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Una práctica adquiere el rango de científica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente y se aplican utilizando un método sistemático en la resolución de los problemas de su área de competencia.

La práctica científica de la enfermería requiere de la adopción de una teoría enfermera que dé significado a la realidad en la que se llevan a cabo los cuidados enfermeros, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones enfermeras.

Actualmente, y dado el nivel de desarrollo de la disciplina, la práctica científica de la enfermería pasa por adoptar como referente teórico un modelo de cuidados y como referente metodológico el proceso de atención de enfermería. Ambos significan la epistemología enfermera, entendida ésta como los fundamentos (modelo de cuidados) y métodos (proceso de atención de enfermería) del conocimiento enfermero.

Los modelos de cuidados proporcionan el marco que da contenido al proceso de cuidados. Como apunta Roper, "con el paso de los años cada vez son más las enfermeras que consideran que pensar y hacer no son excluyentes entre sí" [29].

La adopción de un modelo de cuidados para la práctica asistencial, y su aplicación sistemática en el proceso de atención de enfermería, tienen ventajas para todos los implicados (la persona que requiere cuidados enfermeros, y su familia; enfermera y equipo; profesión y disciplina). En estos aspectos se profundiza seguidamente al tratar sobre los dos elementos.

Aunque por cuestiones puramente metodológicas vamos a tratar en primer lugar sobre la importancia de contar con un modelo de cuidados para la práctica cuidadora y en segundo lugar sobre el proceso de atención de enfermería como método para sistematizar esa práctica, es imprescindible considerar que son dos elementos que adquieren su verdadero sentido cuando se utilizan conjuntamente y que por separado pierden su valor. El modelo de cuidados representa el referente concep-

tual y el proceso de atención de enfermería el referente metodológico para la práctica enfermera (Ver Tabla 11 ■).

Tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidados sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia solamente sirve para sistematizar actividades aisladas que sólo tienen significado para quien aplica el proceso. Las actividades pueden ser tan variadas y cambiantes como la persona que lo realiza, pudiendo incluso encontrarse fuera del ámbito profesional y/o disciplinar.

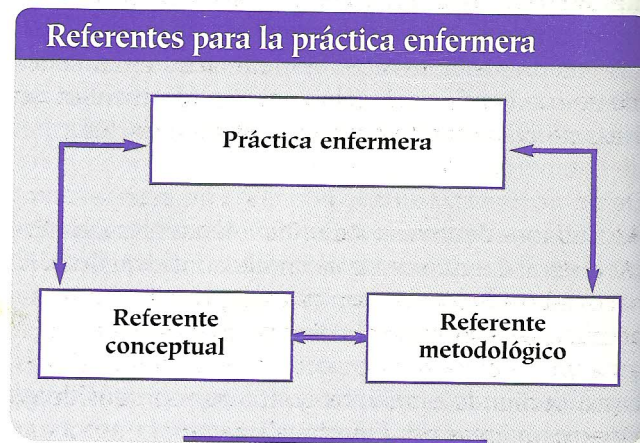
### El modelo de cuidados

Las explicaciones teóricas en las que se sustentan los cuidados enfermeros se encuentran en los modelos de cuidados. Como se veía en páginas anteriores, las conceptualizaciones sobre el cuidado y los cuidados enfermeros es uno de los elementos nucleares, o paradigmáticos de los modelos de cuidados.

Dentro de cada modelo, los cuidados enfermeros adquieren significado en relación con el resto de los fenómenos expresados en la estructura teórica.

La principal ventaja de utilizar un modelo en la práctica cuidadora es que proporciona un marco conceptual para la orientación, análisis y evaluación del proceso de cuidados [30].

Tabla 11.





Comprender lo relacionado con los cuidados de la persona, su dimensión para la salud y la enfermedad, y la naturaleza de los cuidados enfermeros, requiere que estos fenómenos sean entendidos dentro del contexto del marco teórico enfermero, y en nuestra realidad, hoy, la estructura teórica desarrollada está representada por los modelos de cuidados enfermeros. Por lo tanto, la práctica correcta de la enfermería precisa que los cuidados enfermeros se observen, analicen y aborden utilizando como marco de referencia el modelo de cuidados que mejor se adapte a la realidad en la que se desarrolla la práctica cuidadora.

Un modelo conceptual de cuidados representa la ordenación de los fenómenos que conforman la enfermería, desde la visión que desarrolla el modelo, y ofrece una guía para aplicar estos conocimientos en todos los campos de la práctica, y un referente para la investigación. Fernández describe el modelo conceptual como un modelo para la realidad y lo conceptualiza como *"la realidad de la enfermería en términos ideales, en la cual el conjunto de conceptos identifican imágenes mentales y relacionan los elementos esenciales de la práctica enfermera: persona, salud, entorno y rol profesional"* [31].

Aquí nos vamos a referir al significado del modelo de cuidados en la práctica clínica (asistencial o cuidadora) por ser el campo al que nos venimos refiriendo en todo el capítulo.

El modelo que se tome como referencia determina las áreas de cuidados de las personas. Si se adopta el modelo de Henderson, las áreas de cuidados serán las catorce necesidades básicas. En el caso de que se tomara como referencia el modelo de Orem, serían los ocho requisitos de autocuidado universal, los dos del desarrollo y los seis requisitos de desviación de la salud. Si se adopta el modelo de cuidados de Roy los cuidados estarían encaminados a cubrir los cuatro modos de adaptación, y así se determinan las áreas de cuidados en cada uno de los modelos.

De no contar con un modelo que concrete las áreas de cuidados de la persona, difícilmente se puede llegar a tener constancia de lo que se considera óptimo, necesario, adecuado, etc., pues pueden incluirse aspectos que sean importantes o de interés para la persona y/o la enfermera en concreto, pero no así para otras, pudiendo ocurrir también, que se consideren aspectos o áreas de la persona que no correspondan

al área de responsabilidad profesional. Por otra parte, un planteamiento heterodoxo y personal sobre los cuidados conduce a la confusión y a la falta de entendimiento entre quienes participan en el proceso.

El modelo, al conceptualizar y relacionar los fenómenos de la realidad enfermera que contempla, sirve para organizar las acciones y recabar la información suficiente para analizar la situación que se trata desde la perspectiva del modelo; así como para identificar los objetivos de cuidados, los medios para lograrlos y determinar cuándo estos objetivos se han conseguido.

El ofrecer los cuidados enfermeros con un modelo de cuidados de referencia proporciona:

- **A la persona que recibe los cuidados y familia:** información clara sobre las áreas de cuidados que son susceptibles de atención enfermera y sobre los modos y la naturaleza de los cuidados que se le proporcionan.
- **A la enfermera y equipo:** facilita, según demuestran diferentes estudios (Orem [3]), una mejor autoestima y mayor satisfacción con el trabajo que realizan, por encontrar un mayor significado a lo que hacen. Además, la adopción de un modelo en la práctica, proporciona un lenguaje común y unidad de criterios para comprender e intervenir en una situación de cuidados compartida entre las diferentes enfermeras que participan en un mismo proceso de cuidados, o para garantizar el seguimiento de un proceso cuando el enfermo pasa de ser tratado por una enfermera a ser tratado por otra. Por ejemplo en los distintos niveles de atención: de atención primaria al hospital o viceversa, de un centro a otro, de una unidad hospitalaria a otra, etc.
- **A la profesión y a la disciplina:** les proporciona identidad y desarrollo, ya que permite poner de manifiesto su aportación a la salud de las personas y los grupos, explicar lo que hace, para qué lo hace y cómo lo hace. Por otra parte permite validar las construcciones teóricas y hacer nuevas aportaciones a través de la investigación, contribuyendo así al desarrollo disciplinar.



## El proceso de atención de enfermería

El proceso de enfermería consiste en la aplicación del método científico para la resolución de problemas que requieren de intervenciones enfermeras.

A través de este proceso, las enfermeras identifican los problemas de cuidados del paciente y se planifican y llevan a cabo los cuidados enfermeros. Además proporcionan los elementos para evaluar los resultados obtenidos con los cuidados que se han llevado a cabo.

Cuando solamente se utiliza como la aplicación del método de resolución de problemas, el proceso de enfermería resulta incompleto. La fundamentación teórica para identificar y determinar los problemas de cuidados, planificar y llevar a cabo los cuidados enfermeros, y evaluar los resultados de los mismos, la encontramos en los modelos de cuidados.

En el modelo de cuidados se encuentran todas las explicaciones que dan sentido al cuidado de la persona, y el proceso de enfermería es la herramienta de razonamiento que representa el marco metodológico o instrumental.

Por ejemplo, en el modelo de cuidados se dan las explicaciones sobre las áreas de cuidados de la persona (en el modelo de Orem los requisitos de autocuidado, o en el Henderson las necesidades) y en el proceso cómo valorar los cuidados que se precisan en el área descrita en el modelo (los requerimientos de autocuidados que tiene la persona a través de la entrevista, la observación etc.). Esto ocurre con todas las fases del proceso de enfermería por representar la estructura que sirve para organizar de forma lógica las actividades enfermeras, pero el fundamento y la naturaleza de las actividades de cuidados los encontramos en el modelo de cuidados.

Utilizar el proceso de atención de enfermería en la práctica como método para analizar y solucionar problemas de cuidados que requieren intervenciones enfermeras, proporciona:

- **A la persona que recibe los cuidados y a la familia:** el reconocimiento de su participación activa en el proceso de cuidados. La persona recibe cuidados personalizados y continuados en cualquier estado de salud y como miembro de una unidad social a la que es necesario considerar como parte integrante de todo el proceso de cuidados. Ambos se sienten miembros activos en todo el proceso, por disponer de toda la información sobre su situación, objetivos de los cuidados y evolución, y participan, dentro de sus deseos y posibilidades, en las decisiones de cuidados, en los objetivos y en las acciones que se deben llevar a cabo.
- **A la enfermera y equipo:** la utilización del proceso de enfermería en la práctica constituye el elemento unificador de las acciones enfermeras, y el seguimiento continuado y uniforme del plan de cuidados por las diferentes enfermeras que participan en él en un esfuerzo común por la consecución de los objetivos de cuidados y la resolución de los problemas. Además, permite dejar constancia de los cuidados realizados y determinar la eficacia y contribución de los cuidados para la salud de la persona, con lo que esto significa para la persona que ha recibido los cuidados, como documentación para otros profesionales o situaciones futuras en las que pueda requerir cuidados enfermeros. También, el proceso de enfermería, facilita la organización en el equipo de enfermería con las consecuencias lógicas de aumento de satisfacción y complementariedad de los esfuerzos y la consiguiente optimización de tiempo y esfuerzos.
- **A la profesión y a la disciplina:** le proporciona un elemento para evaluar la competencia profesional, clarifica la autonomía, cumple con las responsabilidades legales, etc.

El contar con documentación sobre sus actuaciones y elementos posibilita la investigación y la profundización en el conocimiento enfermero.

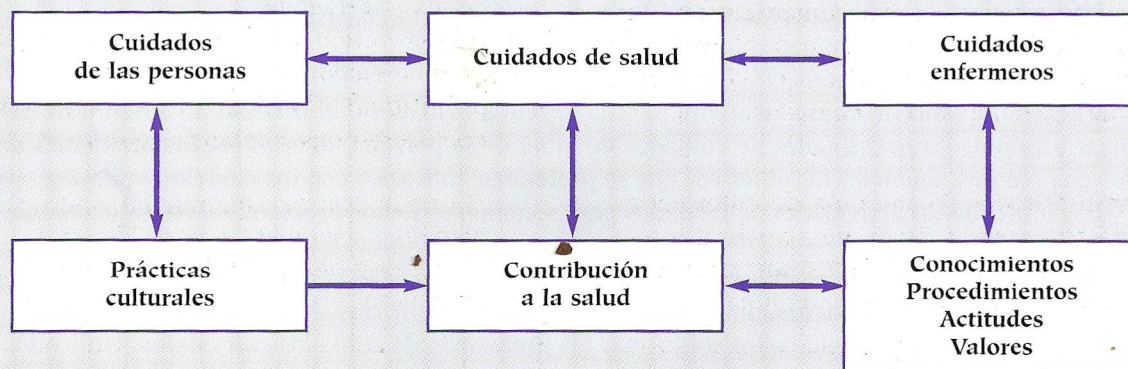


## Resumen

- En este capítulo se han analizado los cuidados enfermeros como elemento fundamental de la profesión, como la aportación de la enfermería a las personas y a los grupos, partiendo de los cuidados de la persona que es donde tienen su origen y lo que les hace necesarios.
- Para ello se ha partido del concepto del cuidado de la persona como necesidades comunes a todos los seres humanos y actividades que cada uno aprende y realiza cotidiana y normalmente, confiriendo tanto a las necesidades de cuidados como a las formas de realizarlos una serie de valores, resultado de la cultura, que les determina cuantitativa y cualitativamente.
- Como estructura conceptual ligada al cuidado personal, se desarrolla el cuidado informal, entendido como el que sustituye al cuidado personal dentro del entorno habitual cuando la persona no puede realizarlo por sí misma, confiriéndole gran importancia para la persona que lo recibe y así como gran significado para la enfermería.
- Íntimamente relacionado con los cuidados de la persona se ha desarrollado el concepto de cuidados de salud, entendidos éstos como los cuidados que, de diferente manera y en distinta medida, contribuyen a la salud, al funcionamiento y al bienestar de la persona en cualquier situación de salud o enfermedad. Al igual que los cuidados de la persona, están influidos por valores culturales.
- Finalmente, y relacionado con las dos conceptualizaciones anteriores, se desarrolla el concepto de cuidados enfermeros y la visión que sobre ellos tienen diferentes enfermeras teóricas representativas de distintas escuelas de pensamiento. Se analiza, así mismo su contribución a la mejora de los cuidados de salud de la persona tratando de proporcionarle a ésta el mayor nivel de satisfacción y bienestar posible, por lo que es fundamental en la práctica profesional considerar los cuidados personales con los valores que éstos tienen para cada persona.
- Como se ha podido observar con el estudio de los contenidos de este capítulo, en cada una de estas conceptualizaciones están presentes las anteriores, y a su vez se potencian unas y otras, al igual que se relaciona su finalidad (Ver Tabla 12).

Tabla 12.

### Niveles de cuidados y sus características





## Resumen

- Por las argumentaciones expuestas en el desarrollo de estas concepciones, se da una gran importancia a la necesidad de incorporar a la persona en su propio proceso de cuidados, respetando sus formas, hábitos, prioridades y costumbres. De esta manera se contribuye a su satisfacción con los cuidados recibidos y se fomenta su crecimiento y desarrollo personal.
- Destacamos el valor y significado de los cuidados enfermeros en sí mismos, su naturaleza, que con independencia de la salud de la persona, representa el sentido que éstos tienen para la globalidad de la persona, su funcionamiento y adaptación a la situación que les hace necesarios.
- Una vez que se ha pormenorizado sobre el concepto de cuidados de enfermería, se desarrollan dos elementos fundamentales para la aplicación de los cuidados enfermeros: la relación de ayuda y la ética profesional.
- La relación de ayuda es una habilidad imprescindible para la competencia profesional, se podría llegar a decir que inherente a los cuidados. En todas las profesiones de carácter personal, como es la enfermería, la educación, etc., el servicio se elabora y se ofrece directamente para la persona que lo requiere, y este servicio solamente es adecuado en la medida en que se adapta a la realidad del receptor. Para conocer la realidad que hace necesarios los cuidados enfermeros e influir profesionalmente en ella es imprescindible el establecimiento de un modelo de relación en todo el proceso de cuidados.
- El otro elemento que se ha considerado como fundamental en la realización de los cuidados enfermeros es la actitud ética de las enfermeras. Todas las profesiones tienen entre sus responsabilidades la de proteger y garantizar los derechos de sus clientes, con el conocimiento de éstos. Para ello cuentan con el propio código deontológico y además como profesionales tenemos individualmente la obligación de respetar los valores morales y éticos de nuestros clientes. Todas las acciones enfermeras deben respetar los principios éticos de quienes son cuidados y resolver los conflictos, cuando los hubiera, a través de un proceso razonado, que considere y respete los valores de la persona cuidada y/o de sus personas significativas.
- En la última parte del capítulo se trata sobre la necesidad de contar con un marco que sirva como referente y guía para el desarrollo de las competencias que requieren los cuidados enfermeros.
- Los cuidados enfermeros encuentran las explicaciones teóricas a su dimensión, objetivos a conseguir y modos de llevarlos a cabo en los modelos de cuidados, que sirven de explicación para orientar la práctica cuidadora, con una visión homogénea de todas las enfermeras que participan en un mismo proceso de cuidados.
- Por otra parte, y también como referente para la práctica cuidadora, el proceso de enfermería permite analizar y valorar las necesidades de cuidados de salud de la persona, determinar los problemas de cuidados que plantea, enunciar los objetivos que se pretenden conseguir con los cuidados y diseñar, organizar y llevar a cabo las actividades de cuidados para solucionar dichos problemas sistemáticamente.
- Dentro del análisis de los cuidados enfermeros, el modelo de cuidados representa el elemento conceptual para analizar todo lo relacionado con ellos, mientras que el proceso de atención de enfermería representa el elemento metodológico para solucionar los problemas de cuidados enfermeros. Utilizados conjuntamente representan la manera científica de ofrecer los cuidados enfermeros, y contribuyen al desarrollo y avance profesional y disciplinar.

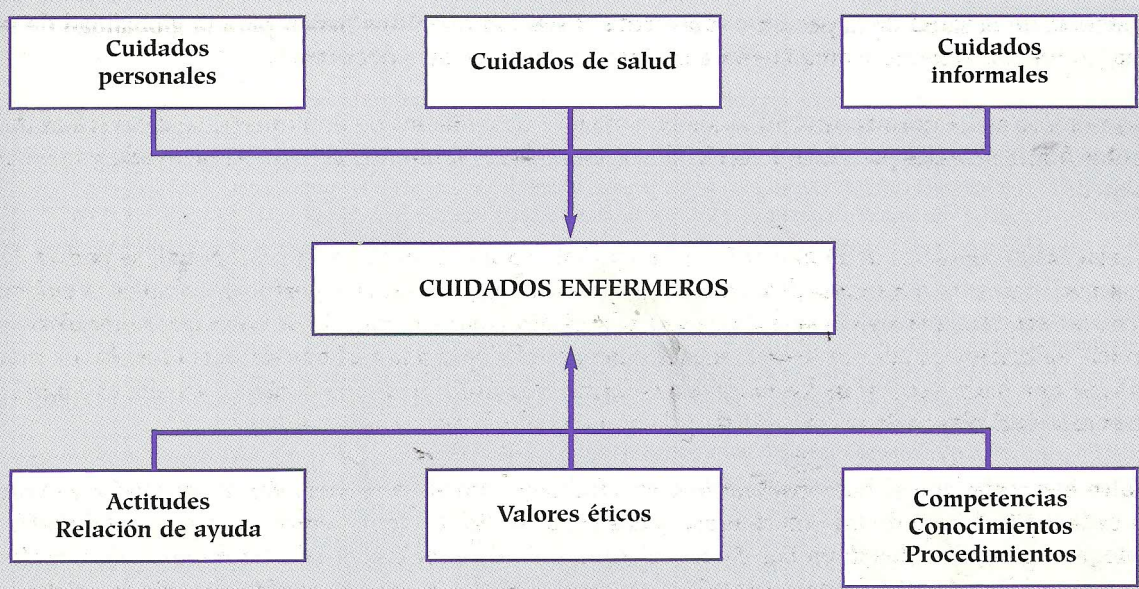


**Resumen**

• En la Tabla 13 se puede observar un esquema general de los contenidos desarrollados en este capítulo.

**Tabla 13.**

**Referentes para los cuidados enfermeros**





## Bibliografía

- [1] Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme F, Duquette, A.; Major, F. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson S.A., 1996.
- [2] Menéndez, E. *El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de auto-atención en salud*. Arxiu d' Etnografía de Catalunya, 1984: 3.
- [3] Orem, DE. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería, 1993.
- [4] Francisco, C.; Mazarrasa, L. *Cuidados informales*. Rev ROL Enf 1995; (202): 61-65.
- [5] Collière, MF. *Encontrar el sentido original a los cuidados enfermeros*. Rev.; ROL Enf.; 1999; 22 (1): 303-307.
- [6] Hall, DC. *Documento básico sobre enfermería*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1979.
- [7] Henderson, VA. *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones después de 25 años*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1994.
- [8] King, IM. *Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos*. México DF: Editorial Limusa, 1984.
- [9] Collière, MF. *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1993.
- [10] Henderson, VA. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, 1971.
- [11] Maslow, A. *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairós, 1983.
- [12] Alberdi, R. *Las enfermeras del III milenio*. Sevilla: XII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente, 1992.
- [13] Kottak, CP. *Antropología cultural. Espejo para la humanidad*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1997.
- [14] Torralba i Roselló, F. *Antropología del cuidar*. Madrid: Institut Borja de Bioética. Fundación MAPFRE Medicina, 1998.
- [15] Francisco, C.; Mazarrasa, L. *Una propuesta para incorporar el sistema informal de cuidados a la atención enfermera*. Medifam 1997; (7): 299-306.
- [16] Durán, MA. *Salud y sociedad: algunas propuestas de investigación (II)*. Salud 2000, 1993; 44: 3-13.
- [17] Leonard Syme, S. *Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. Enfermería profesional. Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1992.
- [18] Arsuaga, JL. *El collar de Neandertal. En busca de los primeros pensadores*. Madrid: Temas de hoy, 1999.
- [19] Medina, JL. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía, 1998.
- [20] Nightingale, F. *Notas sobre enfermería*. Madrid: Salvat, 1992.
- [21] Wright, SG. *Mi paciente—mi enfermera. La práctica de la enfermería primaria*. Barcelona: Doyma SA, 1993.
- [22] Alberdi, R. *Sobre las concepciones de la enfermería*. Rev. ROL de Enfermería, 25-30: 115, 1988.
- [23] Marriner-Tomey, A.; Alligood, MR. *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Harcourt Brace, 1999.
- [24] Chalifour, J. *La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística y humanista*. Barcelona: SG Editores, 1994.
- [25] Rogers, C. *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós, 1989.
- [26] Arroyo, MP.; Cortina, A.; Torralba, MJ.; Zugasti, J. *Ética y legislación en enfermería. Análisis sobre la responsabilidad profesional*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana, 1998.
- [27] Durán, M. *La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad. Una reflexión desde la ética*. Rev ROL Enf.; 1999; 22 (4): 27-31.
- [28] Consejo General de Diplomados de Enfermería. *Código Deontológico*. Madrid: Consejo General de Diplomados de Enfermería, 1989.
- [29] Roper, N.; Logan, WW.; Tierney, AJ. *Modelo de enfermería*. México DF: McGraw-Hill/Interamericana, 1993.
- [30] Riehl-Sisca, J. *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma, 1992.
- [31] Fernández, C.; Garrido, M.; Santo Tomás, M.; Serrano, MD. *Enfermería fundamental*. Barcelona: Masson, 1995.



## EL CUIDADO COTIDIANO Y LA SALUD DE LA FAMILIA<sup>1</sup>

Josefa Delgado<sup>2</sup>

**Resumen:** Este trabajo busca resignificar el cuidado cotidiano en la vida de la familia. El cuidado, es una actitud propia y natural de todo ser humano. La relación cuidado – salud, donde el foco de atención sea el ser humano como productor de salud, podría ser una alternativa que nos ayude a entender el proceso de salud a partir de ella misma y no, a partir de la enfermedad.

**Palabras claves:** cuidado cotidiano, salud familiar, promoción de salud, cuidado.

**Resumo:** Trata-se de um trabalho que busca resignificar o cuidado cotidiano na vida da família. O cuidado é uma atitude própria e natural de todo ser humano. A relação cuidado-saúde, onde o foco de atenção é o ser humano como produtor de saúde poderia ser uma alternativa que nos ajude a entender o processo de saúde a partir dela mesma e não da enfermidade.

**Palavras Chave:** cuidado cotidiano, saúde familiar, promoção da saúde, cuidado.

---

A través de la historia de la humanidad, la filosofía fue concibiendo al ser humano de diferentes maneras; la filosofía clásica – Platón, Aristóteles, Epicuro, entre otros – (Capra,1982), consideraba al hombre como un ser natural, constituido de una esencia inmutable dada por la Naturaleza, de quien deriva, no sólo las leyes biológicas sino también, las morales. En este periodo antropológico, la atención estaba centrada en el cuerpo del hombre, formado por la gimnasia y la danza, el ideal que se buscaba alcanzar era ser un buen guerrero. Para completar esa formación, buscaba desarrollar aquellas virtudes admirada por los dioses y practicada por los héroes, la principal era el coraje delante de la muerte, en la guerra. El auto-conocimiento, particularmente de su propio espíritu y de su

---

<sup>1</sup> Publicado en: Familia, Saúde e Desenvolvimento. Curitiba, Brasil. v.3, n.1, jan./jun. 2001, pag. 21-25

<sup>2</sup> Profesor Titular - Universidad Nacional de Santiago del Estero – Argentina. E-mail: josaidel@unse.edu.ar

capacidad de conocer la verdad a través de la razón, era la base de su desarrollo. De este centro de interés estaban excluidos las mujeres, niños, ancianos y esclavos.

En el periodo medieval, la filosofía cristiana toma auge, donde el “logos” es interpretado como un principio divino a partir del cual Dios acciona en el mundo. El hombre es considerado una creación divina, siendo concebido como imagen y semejanza divina.

En la filosofía moderna, hay una nueva visión del mundo, que emerge de los cambios de visión de la física, surge la concepción mecanicista, avanzando por Descartes y Newton (Capra, 1982). El ser humano se lo asemeja a una máquina, puede analizarse en sus partes, hay una rigurosa separación entre mente y cuerpo. Concentrando el interés en el cuerpo no se consideran los aspectos psicológicos, sociales y ambientales. Su vida es en la realidad, un sistema de causalidades rigurosas. Existe la convicción de que, la razón humana es capaz de conocer el origen, las causas, los efectos de las pasiones y de las emociones. Capaz de gobernarlas y dominarlas por el intelecto, de modo que la vida ética puede ser plenamente racional.

En el periodo del Iluminismo, se considera que el hombre – por la razón y sus sentidos – puede tener la experiencia de lo real, que está vinculado a él. Puede alcanzar la libertad y la felicidad social y política. Es un ser perfectible y para ello, debe liberarse de los preconceptos religiosos, sociales y morales.

En la filosofía del Siglo XX, se distingue un cambio radical, el ser humano ya no es visto sólo como un todo, igual a la suma de sus partes, es un producto de sí mismo, es su propio artífice – Hegel, Nietzsche, Sartre, Heidegger – (Capra, 1982). Es un ser cultural. Al hombre se lo ubica en íntima relación con su medio circundante, con quien interactúa e interacciona a partir de sus propias percepciones.

Esta evolución en la concepción del ser humano es también observada en lo referido a salud. Desde Hipócrates (Capra, 1982), quien consideraba que el organismo tenía su capacidad natural de mantener y recuperar la salud, dando gran valor, entre otras variables, al “ambiente”, donde ubicaba la alimentación, el descanso, el aire, el agua, es decir elementos de la vida cotidiana que el organismo usa para la “cura”. A partir de Descartes hasta nuestros días, prevaleció el paradigma positivista, donde el ser humano es visto a partir del órgano enfermo, tratando las causas que afectan a la parte, al órgano enfermo, sin prestar atención a las otras

dimensiones. Pero, en la segunda mitad del siglo XX, comienza a tomar más fuerza un nuevo paradigma, el holístico, donde el ser humano es considerado un sistema auto-organizado, que presenta un alto grado de estabilidad. Esta estabilidad es dinámica, con fluctuaciones. Para estar sano, este sistema debe ser flexible, es decir interaccionar con su entorno a través de un equilibrio dinámico. Esto significa que, el ser humano tiene una tendencia innata a recuperar su estado de equilibrio ante cualquier alteración, empleando diferentes recursos, algunos que están fuera del sistema y otros dentro del mismo.

Considero que a partir de esta dinámica sistémica se genera y se fortalece un sistema de cuidados, sustento que *“el cuidado es una actitud natural del ser humano, porque es parte de su dimensión ontológica y la salud es su resultado”*.

Para poder entenderlo es importante abordar la caracterización del **cuidado**: su significado, como se desarrolla, quien lo desarrolla, resultados del cuidado. Buscando aproximarme al conocimiento más simple, pero no por ello menos profundo, se puede definir el lugar que tiene el cuidado en la vida de las personas y, a partir de allí, rescatar el valor que el mismo tiene para la salud de la persona, familia y comunidad.

Tema abordado desde diferentes caminos y con distintas concepciones filosóficas, en enfermería la filosofía existencial y pragmática ha dominado en la enfermería práctica, asistencial y la filosofía empírica, positivista predominan en la disciplina académica.

El cuerpo de conocimiento de enfermería, a través de su construcción, se mostró interesado, no sólo en desarrollar conocimientos del cuidado, sino también, de adoptarlo como concepto para que forme parte de su metaparadigma, por considerar que cuidado es la sustancia ontológica fundacional de enfermería. Newman (1992), refiere en su trabajo “Prevailing Paradigms in Nursing” que, cuidado designa la naturaleza de la participación de la práctica de enfermería. Un importante número de teóricos de enfermería consideran que, el concepto de cuidado ha influido en todas las dimensiones del quehacer profesional (educación, investigación y filosofía). Las primeras concepciones teóricas de enfermería referían a un *receptor* de cuidados de enfermería, donde la persona enferma era considerada incapaz de brindarse algún cuidado por si mismo; además de considerarlo sólo en el momento de su enfermedad. En el actual sistema de cuidados de enfermería se

habla de cuidados *ofrecidos*, lo que significa que, implícitamente, se le reconoce a la persona enferma cierta capacidad de participar en su cuidado de acuerdo a indicaciones recibidas. Así, de ser pasivo pasa a ser activo.

Resignificar el cuidado se torna necesario especialmente, cuando se busca rescatar en el ser humano su capacidad natural de producir salud, como también de protegerla o recuperarla. Difícil explicar y entender el cuidado si se trata de analizarlo desde la racionalidad científica-técnica, modelo dominante aún, cuando el mismo posee una carga subjetiva, donde se conjugan la experiencia y la cultura de la persona. Donde cada uno le asigna un valor que no es utilitario, mas así, un valor que tiene que ver con la propia existencia del ser humano. El cuidado está vinculado a sentimientos positivos, sentimientos que nos unen a cosas y nos vinculan con las personas y a nuestro medio.

¿Qué es el **cuidado**? Es una actitud propia del ser humano. Se lo identifica con un modo de ser, es decir, la manera en que estructura y define su relación consigo mismo y con el mundo. El cuidado forma parte de su existencia, que se concretiza a través de diferentes acciones que la persona desarrolla en su diario vivir. Esto lo identifico como ***cuidado cotidiano***.

Quizás sea este el primer punto de divergencia con la concepción de cuidado dado por enfermería. Así puede verse en el trabajo de Morse y col. (1990), donde se examina el concepto de “cuidado” contenido en literatura y publicaciones de enfermería, logrando identificar cinco perspectivas epistemológicas: cuidado como una característica humana, como un imperativo moral o ideal, como un afecto, como una relación interpersonal y como una intervención de enfermería. De todos ellos, rescato el primero por considerar al cuidado como una característica innata humana y esencial para su existencia. Ninguno reconoce en el cliente su protagonismo, especialmente, cuando se trata de mantener o promover salud.

Su origen es en el vocablo latino “*cura*”, entre otros vocablos. Entre las acepciones que posee, se destacan: atención, desvelo, celo, cuidado, cariño solicitud. Según Heidegger (1998), el **cuidar**, concepto abstracto (ontológico), y el **cuidado**, concepto concreto (óntico), se hayan en el ser humano “antes” de toda “actitud” y “situación” de hecho. El cuidado, de esta manera, pasa a formar parte del

ser (ente) y lo transforma en una totalidad esencialmente indivisible. De ser así, el cuidado deja de ser privativo de alguien en particular.

El cuidado, al formar parte de la naturaleza del ser humano, acompaña el crecimiento y desarrollo del mismo, alcanzando un nivel de complejidad, en el tipo y calidad de las acciones, a través de las cuales se manifiesta, a medida que la persona crece. En la niñez, el cuidado de sí mismo es escaso porque son recibidos de otro – miembro de la familia o persona que cuida de él – en la medida que va avanzando en su ciclo vital, va afianzando su autonomía en el cuidado como también, va incrementando las acciones de cuidado a los otros. Esta curva de crecimiento en el cuidado de sí mismo y a los otros, vuelve nuevamente a decrecer e invertirse en la última etapa del ciclo de vida de la persona. Va construyendo, creando de acuerdo a sus propios valores, creencias, costumbres, necesidades, posibilidades, de tal forma que lo ayude a vivir. Según Heidegger (1998), desde el punto de vista óntico, todos los comportamientos y actitudes del hombre son “dotados de cuidado” y guiados por una “dedicación”; emergiendo en el momento mismo de la concepción.

El cuidado tiene inserto una carga afectiva. Incrementa las sensaciones de gratitud, autoestima, satisfacción, según se trate de acciones desarrolladas para consigo mismo o para con los demás, como también, recibir de ellos cuidado. Otra de las características del cuidado es que, va acompañado de cariño, ternura, apego, genera reciprocidad, fortalece las relaciones consigo mismo y con los otros, especialmente con la familia, primer grupo donde va aprendiendo las diferentes acciones que lo ayudan a cuidar de sí, de acuerdo a sus propios criterios y decisiones.

También, el cuidado es identificado como armonía, equilibrio, dentro de la naturaleza, es decir, dentro de esa unidad de vida, compleja e inseparable que cada uno de nosotros es capaz de desarrollar y mantener mientras vive. Haciéndolo a partir de su propia realidad, de su propia existencia, íntimamente vinculado a su entorno natural, social y cultural con el que co-existe. Visión esta no muy difundida en el ámbito de la salud.

La actitud de cuidado genera acciones y éstas a su vez, ayudan a producir y mantener la **salud**, de allí que se torna en un proceso dinámico – no en un estado – que va modificándose según requerimientos del ser humano. Sin cuidado se torna

imposible la vida, pues la salud no se genera, ni se mantiene, ni se recupera, produciéndose la muerte. Este valor vital intrínseco que tiene el cuidado en la persona, muestra el lugar que ocupa en la vida cotidiana de cada uno de nosotros, nos permite soñar, crear, dormir, trabajar. . . vivir; del niño al anciano. Así, en el recién nacido podemos decir que ya se manifiestan actitudes de cuidado, por ejemplo: llora al tener hambre (llamadas por algunos reacciones instintivas, otros la denominan insatisfacción de necesidad), como él no puede brindárselo a sí mismo, lo demanda. De esta manera, va aprendiendo el cuidado de sí a través del cuidado que, habitualmente, da su madre, en otros casos la persona que cuida de él. Se inicia quizás, ya en la etapa de gestación, cuando él requiere algo (descanso, comodidad, tranquilidad) se manifiesta con una alteración en sus movimientos, códigos que sólo son interpretados por su madre. Ubicándose así, la familia es el ámbito donde sus integrantes van aprendiendo el significado del cuidado y sus diversas acciones para producir, mantener y/o recuperar la salud. El ser humano como ser social que es, existe con los otros y se realiza a sí mismo, en colaboración con los otros, especialmente, la familia y su medio.

Este “*cuidado cotidiano*”, que se estructura, en gran medida, en el seno de la familia, llega a constituirse en el cuerpo de conocimiento y práctica de cada familia, que estructura su propio sistema de cuidado, el que da cuenta de todo lo que la familia va aprehendiendo, creando y produciendo en relación con mecanismos de protección de su propia existencia, generando acciones que van orientadas a dar respuestas a requerimientos de las dimensiones física, síquica, social, espiritual y cultural. Este sistema de cuidado que llega a estructurar y sustentar la familia, con la participación de todos sus integrantes, en interacción con su medio, le asigna características particulares, reflejadas en sus hábitos, costumbres, rutinas; donde se conjugan elementos teóricos y prácticas heredadas y adquiridas. Este recurso, propio de cada familia, se construye a partir de su vivencia con el mundo cotidiano. Cada familia define el valor del cuidado, como también de la salud. Son dos conceptos que, en el ámbito de la misma, se encuentran vinculados y se influyen recíprocamente. Así, como ella inicia a cada uno de sus integrantes en el desarrollo de acciones de cuidado, lo hace a partir de la concepción de salud que tiene y al valor que le asigna. Las acciones que la persona y familia generan para cuidarse, está relacionada con la forma en que se percibe a sí misma y a su mundo, de

acuerdo al significado asignado, especialmente a salud y bienestar. Las acciones que desarrolla son a partir de su propia percepción de su realidad y recursos disponibles.

La familia, como organización, es un sistema flexible y con una interacción continua con su entorno, para poder intercambiar recursos según sus propios requerimientos. La pérdida de flexibilidad, afecta también a su sistema de cuidados poniendo en riesgo su salud y en muchos casos la de otras personas.

El valor que la persona asigna al cuidado cotidiano, se pone de manifiesto en el diario vivir, cuando cuida su cuerpo a través de la alimentación, vestido, descanso, deportes, relaciones afectivas, espirituales, sociales, entre otras. Se hace más evidente, cuando se observan cambios importantes en el modo de vida de una persona a raíz de experiencias de vida donde está en riesgo su existencia, son ejemplos de la capacidad del ser humano de crear sus propios recursos (nuevos hábitos, rutinas) y lograr así desarrollar un nivel de salud mejor al que tuvo antes de las vivencias negativas de salud, lo que genera aprendizaje a partir de su propia experiencia.

Describir la naturaleza del cuidado contribuye a rescatar un sistema de cuidados, que hasta ahora enfermería no logra efectivizar una interrelación e interacción, especialmente, para trabajar con las personas sanas. Lo que enfermería, como los otros profesionales de la salud realiza, son acciones que *contribuyen* al desarrollo y fortalecimiento del cuidado de otra persona. Para ello, aplica diferentes procedimientos que aprendió durante su etapa de formación, generando acciones específicas para demandas específicas. Es el *cuidado terapéutico*, diferente al cuidado cotidiano, porque además de diferenciarse en sus aspectos teóricos prácticos, es ofrecido cuando alguien lo requiere y es aplicado cuando la otra persona toma la decisión de recibir ese cuidado. Además no conlleva la carga afectiva propia del cuidado cotidiano. Al diferenciarse el tipo de relación, enfermera-paciente, donde prevalece una relación de jerarquía al ofrecer los cuidados.

Las teoristas de enfermería al hablar del cuidado de la persona, lo hacen fundamentalmente relacionado al cuidado terapéutico. Hacen referencia al cuidado de sí mismo de la persona, sólo como recurso del cuidado profesional, y no su utilización como recurso propio del paciente Así Orem (George, 1999), en su teoría

de autocuidado refiere que el ser humano *tiene necesidades de autocuidado*, centrando más la atención en el papel que puede desarrollar para promover el autocuidado en el cliente, y no centra su atención en la capacidad innata que el mismo tiene para desarrollar el cuidado de si mismo y de los otros, como el de producir salud. Mientras que para Leininger (1985), en su teoría de Cuidado Cultural, refiere al sistema de *cuidados genéricos* (populares o lego) ubicándola a la persona en condiciones de ofrecer cuidado y no de brindarse cuidado. Refiriendo su interés en el cuidado cultural, *“como la estrategia para que enfermería sea eficiente con las personas de diferentes culturas; así las diferencias entre los sistemas de cuidado de salud popular (sistema no profesional: local o indígena que ofrecen sistemas de cuidados o cura tradicionales en casa) y profesionales – según ella – podrían estar en el proporcionar el cuidado a personas de diversas culturas”*. Cuando se analiza su definición de cuidado se destacan las *“actividades de asistencia, apoyo o facilitadoras hacia otro individuo o por otro individuo o grupo con necesidades evidentes o anticipadas para mejorarse o mejorar un modo de vida o condición humana”*. No rescata el cuidado cotidiano como recurso natural de la persona para estar “sano”. Cuando explica los propósitos como recursos a ser fortalecidos para la promoción de salud, Leininger en su teoría expresa que *“es descubrir significados, usos y funciones culturales del fenómeno del cuidado humano, y usar este conocimiento para proporcionar un cuidado benéfico o satisfactorio a las personas. . .”*. Ella considera al cuidado humanizado como dominio de estudio central y unificador de la enfermera que le permitirá llegar a la esencia y naturaleza de enfermería. Resumiendo se puede decir que Leininger centra su interés en el cuidado como estrategia de desarrollo de los profesionales de enfermería y no en el “cuidado cotidiano” como el productor de la salud en el diario vivir del ser humano.

La relación **cuidado – salud**, donde el foco de atención sea el ser humano como productor de salud, podría ser una alternativa que nos ayude a entender el proceso de salud a partir de ella misma y no a partir de la enfermedad. En esta relación, rescato el cuidado cotidiano como el productor, por excelencia, de salud. Si nos ubicamos en la relación enfermedad-cuidado nos lleva a una visión dominante, donde la enfermedad es colocada como foco de atención y predomina el cuidado terapéutico, donde la salud adquiere significado sólo para indicar ausencia de enfermedad. Se desvaloriza el cuidado cotidiano que es en esencia, el sistema que



ayuda a la persona a resolver demandas de salud actual cuando se encuentra en situación de riesgo.

La relación cuidado-salud permite ubicar a la persona en su real dimensión frente a la enfermedad como un “estado” transitorio, dentro del proceso de salud. Esto nos ayudará a construir una nueva concepción del cuidado y la salud del ser humano. Nos permitirá pensar que, cuando la persona disminuye sus cuidados cotidianos, aparecen los riesgos de enfermar o la enfermedad, pero eso no equivale a que la persona haya perdido toda posibilidad de cuidarse o que no conoce lo que es cuidado y no posee salud. Aún estando enferma la persona tiene salud, pues no pierde su actitud de cuidar, como tampoco los otros integrantes de su familia. Esto permite recuperar el cuidado cotidiano y el cuidado, en su dimensión natural frente a la salud.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

- BOFF, L. **Saber Cuidar** . Petrópolis: Vozes, 1999
- CAPRA, F. **El punto crucial**. México: Integral, 1982
- ELSEN, Ingrid. **Concepts of health and illness and related behaviors among families living in Brazilian fishing village**. San Francisco: University of California, 1984. Tese (Doutorado em Enfermagem). University of California, 1984.
- GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem** . 4° ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- HEIDEGGER, Martín. **El Ser y el Tiempo**. México: Fondo de Cultura Económica. 1997.
- LEININGER, M. **A relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality**. In: ANAIS I Simpósio Brasileiro . 1985. Florianópolis. UFSC. Brasil.
- MELEIS, A . **Theoretical Nursing: development and progress**. 3° ed. New York: National League for Nursing Press, 1997.
- MORSE, J. Et al. 1990
- NEWMAN, B. Prevailing Paradigms in Nursing. In: **A developing Disciplines. Selected Works of Margaret Newman**. New York: National League for Nursing Press, 1992.

\*\*\*\*\*

# Salud y Bienestar

Elaborado por: Lic. Trejo E. (UNSE)

Material Adaptado por Lic. Claudia Moya

Salud es un concepto en constante evolución, es un aspecto esencial que debemos considerarlo cuando trabajamos con ella. Durante siglos, la salud fue sinónimo de ausencia de enfermedad. En la época actual se ha centrado en el concepto de **salud** en positivo, eso es, la salud tiene su propia característica; es el resultado de la relación y dependencia que se da entre las dimensiones física, social, psicológica, espiritual, cultural de la persona, que permite y genera la vida; es un proceso dinámico, de permanente interrelación e interacción con su entorno; su ausencia significa la muerte.

En 1947, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso un nuevo concepto integrador: *“La salud consiste en un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente en la ausencia de enfermedad”* (OMS 1947, Pág. 1). Tuvo diferentes niveles de aceptación por ser considerada demasiado utópica. Sin embargo, esta definición abarca tres características básicas de la salud, que hasta ese momento no habían sido reconocidas como un hecho positivo:

- Refleja el interés por el individuo como un todo y no como el conjunto de sus partes.
- Implica una visión de la salud en el contexto del medio interno y externo.
- Identifica la salud con la creatividad y la productividad (Pender 1987, Pág. 17).

En la actualidad existen diferentes conceptos de salud que representan variadas concepciones teóricas. A los fines de ejemplo siguen algunos conceptos:

Según Neuman (1999), *“la salud en un continuo, es el grado de bienestar del paciente en cualquier instante del tiempo, que oscila desde un estado de bienestar óptimo, con la energía disponible al máximo, hasta la muerte, que representa un agotamiento total de la energía”*.

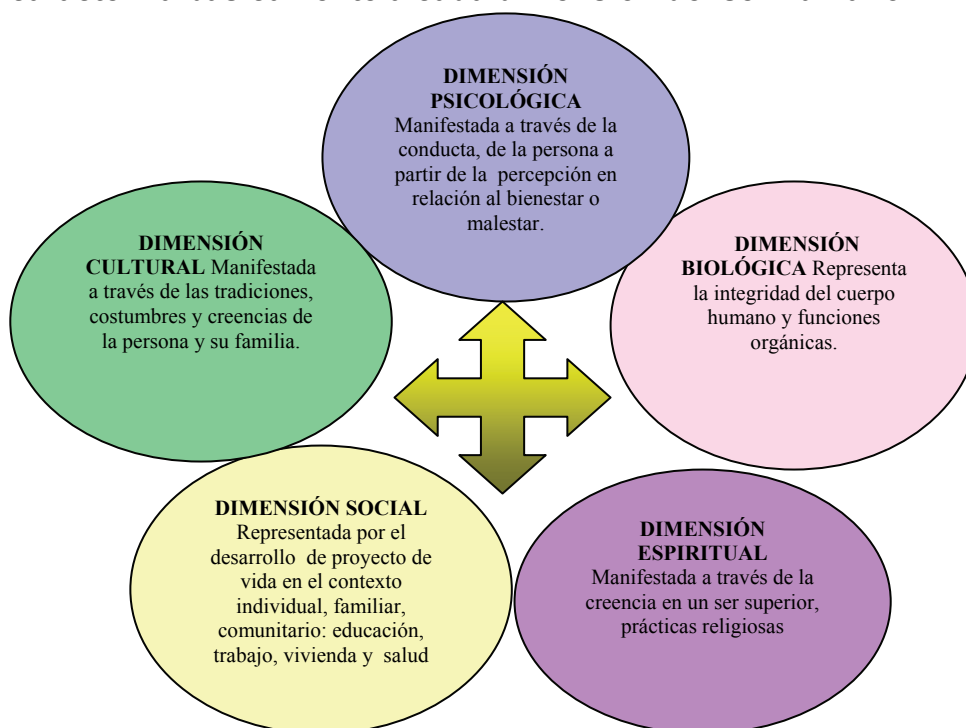
No hay un concepto único de salud, cada **persona, familia y comunidad** tiene su propia concepción de salud y desde este significado que le asigna, adopta sus propios cuidados de salud. No es la misma idea de salud que poseen los profesionales y técnicos de la salud con la del resto de la comunidad, tampoco es la misma la que posee cada

familia, ni la que existe entre las diferentes clases sociales o la que posee las poblaciones urbanas respecto a la rural.

Sin embargo, el concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total. De este principio surgió el término de *Salud holística*. Este enfoque del concepto de salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea.

En tanto que para la Carrera de **Licenciatura en Enfermería de la UNSE** (1998), *"Salud es un proceso armónico y dinámico de interrelaciones e interdependencia entre lo biológico, psicológico, social, cultural y ecológico, a través del cual la persona busca satisfacer en forma independiente sus necesidades fundamentales acorde a sus potencialidades, en las distintas etapas de la vida"*.

### Qué caracteriza básicamente a cada dimensión del ser humano?



Cuando se afectada alguna de las dimensiones, se afectan todas las demás. Así por ejemplo, una buena alimentación (dimensión biológica), le permite a la persona estudiar, trabajar (dimensión social), desarrollar sus proyectos de vida que van a influir en su autoestima, en la conducta cotidiana (dimensión psicológica), adquiere valores religiosos que guían su vida (dimensión espiritual) y fortalece las creencias y costumbres

que su familia y comunidad le van transmitiendo en el cotidiano. En caso de enfermedad, pérdida de trabajo, muerte de un miembro de la familia, divorcio, analfabetismo, entre otras situaciones, se comprometen a todas las dimensiones de la persona, en diferentes niveles.

Esto indica que, cuando llega a la consulta una persona al puesto de salud, en busca de atención – generalmente lo hace cuando está con una afección física – debemos prestar atención no sólo a lo que está manifestando en ese momento. Seguramente su vida cotidiana estará alterada (no pudo hacer alguna de sus actividades: trabajar, estudiar, atender la familia), con la aparición de miedos y preocupación.

Por **bienestar**, se entiende a las actitudes<sup>1</sup> y comportamientos que mejoran la calidad de vida y ayudan a llegar a un estado de salud óptima. Es un proceso dinámico dirigido a mejorar nuestro estilo de vida en todas sus dimensiones hacia el logro del potencialismo de la persona.

Mientras que para Millen-Puelles (1974), bienestar es *"aquella situación en la que se esta cuando se satisfacen las necesidades, y cuando se prevé que han de seguir siendo satisfechas"*.

## La Percepción de Salud.

La **salud percibida** es la que cada persona siente y piensa que posee, un reflejo de la capacidad de desenvolverse, el funcionamiento social y el bienestar psicológico, entre otros y su definición puede ser diferente a las propuestas por los profesionales.

Los elementos que pueden influir en su percepción particular son:

- **Nivel de desarrollo.** por ejemplo un niño puede preocuparse del dolor, pero a veces no tiene capacidad de expresarlo o de aliviarlo. Conocer las necesidades de cada etapa de la vida del individuo facilita la ayuda que puede brindarse a la persona.



- **Influencias sociales y culturales.** Cada cultura tiene ideas propias sobre la salud, que frecuentemente se transmiten de generación en generación y desde esa percepción adoptan conductas de cuidado.

<sup>1</sup> Actitud: *Una actitud es una predisposición aprendida para responder coherentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto, persona o sus símbolos* (Fishbein y Ajzen, 1975; Oskamp, 1991; Eagly y Chaiken, 1993) tomado como referencia de Hernández Sampieri (2.006 p.340-355).



- **Experiencias previas.** Las experiencias pasadas tanto de salud como de enfermedad también afectan a la percepción de ambas que tiene la persona. Esto define sus conductas frente a la salud y enfermedad.

- **Expectativas personales.** Las personas buscan lograr un nivel superior, tanto en lo físico como en lo psicosocial, y mantenerlo siempre que puedan. Sin embargo cuando surge alguna alteración en estos niveles se sienten enfermos. Mientras otros, que tienen exigencias más flexibles de estos niveles, se adaptan a las circunstancias sin generar desequilibrios en el desarrollo de su vida.



## Niveles de Prevención

### Prevención Primaria

El primer nivel de prevención es el más importante ya que esta orientado a promover y proteger la salud, previniendo y controlando ciertos padecimientos crónicos; su enfoque es integrador. Se ocupa de poblaciones sanas y ciertos tipos de enfermedades crónicas. El tipo de atención es ambulatoria, ya sea en los consultorios o en la comunidad.

Las funciones en este nivel están orientadas hacia la **promoción** y **protección** de la salud. La promoción de la salud se concreta a través de todas aquellas medidas dirigidas a mantener la salud y el bienestar.

#### ¿Cuáles son las acciones de promoción de la salud?

Estas acciones están basadas en la **educación** a la comunidad para producir y fortalecer la salud. La educación para la salud tiene como propósito obtener cambios de conducta, con respecto al cuidado de la salud del individuo y la comunidad.

#### ¿Cuáles son las acciones de Protección a la Salud?

Las acciones de protección pueden ser específicas y generales.

- **Protección específica:** Se utilizan vacunas y sueros (antitetánico, antiofídico, antirrábico, etc.), con el fin de producir en el organismo defensas contra determinadas patologías (enfermedades).

- **Protección general:** son aquellas medidas que deben aplicarse en la comunidad para cuidar la salud y eliminar riesgos. Entre las acciones que pueden promoverse desde el puesto de salud son:

- » **Protección contra enfermedades ocupacionales:** La conservación de la salud está relacionada con las exigencias físicas y psicológicas derivadas de la ocupación, del grupo ocupacional y del ambiente de trabajo en el que se actúa (fábrica, agricultura, ganadería, administración pública, etc.). Por ejemplo uso de casco, antiparras, botas de goma, guantes, sombreros, manejo de elementos tóxicos e irritantes, protección a la exposición al calor, frío, luz, ruidos, inhalaciones, etc., entre otros elementos.
- » **Acciones dirigidas hacia el medio:** están referidas al: control del ambiente donde se vive y en el trabajo (iluminación, ventilación, temperatura, humedad, ruidos) o el saneamiento básico del medio (condiciones de la sala de trabajo, servicios sanitarios, higiene, forestación doméstica, huerta familiar, etc.) Entre otras podemos mencionar.
- » **Medidas de protección dirigidas al individuo.**
- » **Protección contra los accidentes.**
- » **Protección contra carcinógenos.**

## **Prevención Secundaria**

Está dirigida a la atención de las personas que presentan signos y síntomas de enfermedad. Es el médico el que asume la responsabilidad de desarrollar las acciones específicas de este nivel.

El personal de enfermería (profesionales y auxiliares) colabora aportando datos referidos al paciente, aplicando tratamientos y procedimientos que el enfermo requiere.

Las actividades se desarrollan en consultorio externo o en servicios de internación y abarcan dos acciones fundamentales:

- Diagnóstico precoz.
- Tratamiento oportuno para limitar la incapacidad.

Los objetivos del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno son:

- Prevenir la propagación hacia otras personas si la enfermedad es transmisible.

- Detectar y curar el proceso de enfermedad.
- Prevenir la incapacidad prolongada.

### **Prevención Terciaria**

El objetivo de la prevención terciaria es brindar atención al individuo que ha quedado con secuelas o incapacidad tras sufrir una enfermedad para favorecer su reinserción social por medio de la rehabilitación física, psicológica y social:

- Rehabilitación física: se realiza a través de la fisioterapia.
- Rehabilitación psicológica: tiene por objeto estimular la auto confianza y conectar al individuo con su medio, la recuperación física y una actitud de comprensión del problema.
- Rehabilitación social: tiene por objeto reubicar al individuo en su medio social (familia, trabajo) a través de la ayuda del servicio social.

Requiere de recursos humanos: profesionales y técnicos altamente especializados y recursos físicos: hospitales, centros de rehabilitaciones, equipos especiales: bicicletas fijas, barras, colchonetas, muletas, etc.

¿Qué caracteriza a la prevención terciaria?

- Este nivel de prevención puede desarrollarse en el domicilio de la persona, consultorio externo o en la internación.
- Es de gran valor trabajar en esta etapa con la familia, que continuará con estas acciones en el hogar apoyando al enfermo.
- De acuerdo a las secuelas el profesional que coordinará la rehabilitación será: kinesiólogo, psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, nutricionista.

## El ser humano - Unidad biopsicosocial

### ¿Qué es el ser humano?

Esta pregunta formulada tal vez desde el comienzo de la existencia humana, encierra otro gran interrogante: ¿Quién soy yo? A la que se acompañan otras preguntas: ¿De dónde vengo? ¿A dónde voy?

Explicar al hombre, nos lleva a realizar algunas consideraciones; religiosas, filosóficas, antropológicas, sociológicas, psicológicas y otras de modo que tomamos aquellas que hacen referencia a una característica o capacidad del hombre.

El hombre como "animal racional, define el espíritu de la filosofía platónica y Aristotélica, siendo redefinida por Rosmini como sujeto animal dotado de la intuición del ser ideal indeterminado, equivalente a razón.

D. Bonal, lo refiere como inteligencia servida de órganos, en alusión a la animalidad que permite explicar la obvia limitación de la actividad pensante del hombre, reconociéndole como un ser terrestre y mundano que tiene necesidades de sus órganos.

Cassirer, da otra versión de la vieja definición. En ella, se considera al hombre como "Animal simbólico", o sea como animal que habla. Esta característica se halla presente al definir la razón como el "discurso racional" o "la razón que se hace discurso". Esta conceptualización sirve también para expresar el poder condicionante del lenguaje, es decir, el comportamiento del hombre en todas sus actividades mediante la utilización de símbolos.

Definiciones que se tomarán como base para pensar al hombre desde una visión unificada del funcionamiento humano en sus tres dimensiones: biológica, psicológica y social conducente a considerarlo como un sistema compuesto por tres subsistemas interdependientes, sistema altamente complejo en continua interacción con los ambientes naturales y socioculturales, interacción conflictiva, cuyo efecto se manifiesta en todo el organismo.

La interacción es constante y el hombre la realiza consigo mismo (ambiente interno) y con el ambiente externo, en permanente búsqueda de satisfacción y seguridad, desde que nace hasta que muere con el objeto de mantener el equilibrio (homeostasis) si lo consigue y está satisfecho, podemos decir que disfruta de un estado de bienestar traducido como salud; estado o resultado ideal de este sistema definido por la OMS como el "Estado completo de bienestar físico, mental y social".



Explicar al hombre como unidad biopsicosocial en constante interacción consigo mismo y con el ambiente en busca de satisfacción y seguridad conduce a pensarlo:

❖ **En lo biológico:** Como un organismo que funciona por procesos bioquímicos complejos que requiere ingesta, excreción, etc. Y su proporción contra fuerzas nocivas, esto contribuye a su subsistencia logrando estabilidad o permanencia con el ambiente, otorgándole sus características de unidad biológica.

Pero en el organismo ocurren además, procesos neuroquímicos que le dan energía y median entre el interior y exterior.

❖ **La naturaleza psicológica** del hombre se basa en ese sustrato traducido en conceptos: mente, ideación, aprendizaje, efectos, procesos conscientes, preconscientes e inconscientes.

❖ En la **esfera sociocultural** merece considerar las formas del comportamiento humano en grupos, la integración entre los individuos, las creencias, los valores, las normas. En este punto se deben considerar la herencia social y cultural del individuo, ya que cobran importancia en cuanto juegan papel fundamental en el comportamiento humano.

❖ **Desde lo filosófico** el problema del hombre siempre ha hecho referencia al problema de la "naturalidad", es decir de la "esencia", cualidad que permite diferenciar al hombre no solo gradualmente respecto a los animales, sino de forma esencial. Esto ha implicado diferentes posturas y explicaciones. Desde el positivismo han resultado múltiples definiciones:

"El hombre es un ser que conoce"-----> homosapiens

"Es un animal que hace"-----> homofaber

"Es un ser racional". -----> Homorationali.

"Es un ser capaz de representar -----> homopictor.

"Es un animal social". -----> homosocialis.

### ¿Qué hace a uno humano?

Son muchos los humanistas que se han planteado la pregunta de que es lo que hace a uno humano. Según Bruner, las fuerzas humanizadoras son la fabricación de herramientas, la organización social, el lenguaje, el manejo de una infancia prolongada, y el empeño por explorar el mundo.

Anderson y Carter sostienen que los atributos humanizadores son la capacidad de pensar, la familia como un universo biológico, el lenguaje, la territorialidad, y la tendencia a desarrollar cultura y valores. La cultura une simultáneamente a la sociedad e incluye sus normas, sus herramientas y sus técnicas. Los dos grupos de atributos humanizadores son muy similares.

Cada uno de esos atributos están interrelacionados y son interdependientes; por ejemplo: sin la capacidad de pensar en alguien, la fabricación de herramientas no hubiera llegado al estado actual de la tecnología. De igual modo, sin el lenguaje, el hombre no hubiera podido transmitir sus conocimientos a los demás. Puesto que todos los atributos son importantes para las condiciones del ser humano, sería difícil señalar cual es el más crítico. Alguien podría decir que la tendencia a desarrollar cultura y valores es lo más decisivo. La cultura y los valores son importantes, pero ellos dependen del lenguaje, de la fabricación de herramientas, de la organización social y de la capacidad de pensar.

Según Dubos, el humano se hace a si mismo mediante elecciones intelectuales que acrecientan su condición de ser humano. Dubos sostiene que los humanos deben redescubrir su participación en común con la naturaleza y no luchar por controlar la naturaleza, lucha que es deshumanizante. El hombre no difiere mucho de los animales en su capacidad de aprender; solo difiere de ellos en la clase de cosas que se aprende. La acumulación de conocimientos o de historia social es una de las características singulares del hombre. "Ser humano implica cultivar lo mas cabalmente que sea posible a la individualidad propia, pero también significa pertenecer a una colectividad y aceptar por ello deberes y represiones de conductas que limitan las expresiones individualistas".

Lidz sostiene que el nivel del desarrollo biológico de un individuo lo hace humano. Los factores que contribuyen a su humanidad son la complejidad de su cerebro, su herencia cultural, su habilidad para manejar herramientas, y su utilización de símbolos. Mediante la utilización de símbolos, puede seleccionar fragmentos de su pasado y proyectarlos desde el presente hacia el futuro. El hombre es capaz de esforzarse para lograr ganancias y objetivos futuros de los que pueda seguir teniendo conciencia dentro de sus actividades. La enculturación es el vehículo para programar la mente para aprender modos de pensar.

Bronowski concibe al ser humano como el que se encuentra en el más complejo final del *continuum* en la naturaleza. Atribuye la condición de ser humano a la plasticidad de la mente para aprender. Afirma que:

El móvil más poderoso en el ascenso del hombre es la complacencia en su propia destreza. Le gusta hacer lo que hace bien, y habiéndolo hecho bien, le gusta hacerlo mejor. Lo vemos en su ciencia. Lo vemos en la magnificencia con que esculpe y construye, en el cuidado amoroso, en la alegría, en la desfachatez.

En la esencia, la facultad del individuo de ser creador contribuye a su condición de ser humano.

Fundamentalmente el hombre es el ser capaz de pensar y decir las cosas, es alguien con esencia dinámica, es alguien que puede cambiar.

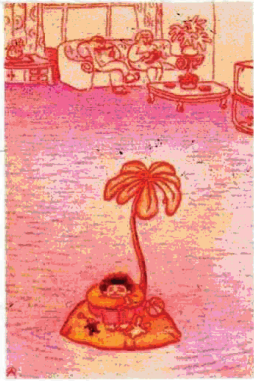
El funcionamiento óptimo del ser humano requiere que seamos capaces de lograr la armonía, el equilibrio entre el ser animal, el ser social, el espiritual y psicológico que conviven en cada uno de nosotros, constituyendo una unidad y también con los diferentes seres humanos que nos rodean.

Los problemas y conflictos humanos fundamentales surgen de las discordancias, contradicciones y pugnas entre estos niveles y los otros humanos por consecuencia. Sin olvidar que una medida adecuada y justa de contradicción entre estos niveles o entre el individuo y la sociedad; estimula y promueve el desarrollo.

## EL SER HUMANO ES:



PERO...  
AVECES NOS COMPORTAMOS ASÍ.  
¿SEREMOS SERES HUMANOS?



**Algunos tenemos ganas de terminar con estas injusticias, a veces nos sentimos frente a un abismo, pero algo muy sutil nos aferra a esta vida para luchar más por algo mejor para todos...**

Ilustración realizada por Ana Belén Alarcón Navarrete, alumna de Enfermería de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, para la asignatura Enfermería en Salud Mental I. Año 2010.

## El hombre como un ser de necesidades

El ser humano es considerado un ser de necesidades ya que a lo largo de su vida busca satisfacer sus necesidades básicas para mantener los diferentes procesos fisiológicos y psicológicos en estado de equilibrio (homeostasia), preservando su vida y desarrollo pleno como persona. Se entiende por necesidades a toda influencia que surge del ambiente interno o externo y que interfiere en la estabilidad desencadenando desequilibrios.

Las **necesidades** son requerimientos orgánicos, psicológicos y sociales propios de la naturaleza humana, y en la medida que logra satisfacción, el hombre obtiene integración interna y externa". Las necesidades están presentes en todos los seres humanos, manifestadas de diversas maneras y de acuerdo a la singularidad del sujeto y las condiciones del medio. Éstas pueden ser:

- **Necesidades normativas:** Son los problemas o carencias, identificadas de forma objetiva por el personal sanitario teniendo en cuenta los datos científicos o evidencias concretas de la realidad.
- **Necesidades sentidas:** Son las carencias, dificultades o problemas sentidos o percibidos como tales por la persona o comunidad y que el personal sanitario muchas veces no identifica o no considera como prioritarios.

### Características de las necesidades básicas

- La insatisfacción de las necesidades podría producir uno más desequilibrios homeostáticos y provocar finalmente la enfermedad.
- Una necesidad surge de ciertos estímulos tanto internos como externos.
- Cuando una persona siente una necesidad, puede responder de varias maneras para satisfacerla. La elección se basa en las experiencias aprendidas, estilo de vida y de los valores de cultura en la que se vive.
- Las necesidades están relacionadas entre si. Algunas de ellas no se pueden satisfacer sino se satisfacen otras.
- Las necesidades se pueden satisfacer de forma saludable o insana.
- La satisfacción de las necesidades básicas se considera saludable cuando no resulta perjudicial para los demás o para uno mismo, readaptan a los valores socioculturales del individuo y están dentro de la ley, por el contrario, la conducta insana tiene una o más de

estas características. Las personas que satisfacen sus necesidades de forma apropiada son más sanas, más felices y más eficaces.

Las necesidades humanas básicas son las mismas en todas las personas, las culturas y momentos históricos, lo que cambia, son las maneras o medios utilizados para la satisfacción de las mismas. La forma de satisfacerlas dependerá de la edad y etapa de desarrollo físico y psicosocial, estilo de vida, recursos con que cuenta la persona, las pautas culturales, etc.

Existen diferentes teorías en relación a la clasificación de las necesidades humanas, destacamos la siguiente:

**Virginia Henderson** define 14 necesidades fundamentales, cada una de ellas están relacionadas con las distintas dimensiones (aspectos, componentes) del ser humano. En cada una pueden descubrir las dimensiones biológicas, psicológicas, sociológicas, culturales y, espirituales:

- 1- Respirar normalmente
- 2- Comer y beber de forma adecuada
- 3- Eliminar los residuos corporales
- 4- Moverse y mantener la postura más adecuada.
- 5- Dormir y descansar
- 6- Seleccionar la vestimenta deseada, vestirse y desvestirse. .
- 7- Mantener la temperatura corporal dentro del rango de la normalidad (adaptando la vestimenta y modificando el entorno)
- 8- Mantener la higiene corporal y bien cuidado y protegido su piel
- 9- Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
- 10- Comunicarse con los de más expresando sus emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11 - Practicar el culto según su fe.
- 12- Trabajar de modo que exista una sensación de realización.
- 13- Jugar o participar en otras varias formas de recreo.
- 14- Aprender, descubrir o satisfacer curiosidad que lleva al desarrollo normal de la salud y emplear los servicios sanitarios disponibles.

Cabe destacar la importancia de apropiarse de conocimientos sobre el ser humano y sus necesidades básicas; es decir que reconociendo las conductas y los comportamientos de las personas; Ud. podrá elaborar los Diagnósticos Enfermeros, priorizar las necesidades insatisfechas y elaborar el plan de cuidados acorde a los requerimientos del individuo, su familia y su entorno con el fin de mejorar la calidad de vida.

**Estrategias:** Lluvia de ideas sobre temática.

**Actividad Individual:** Realizar lectura comprensiva del tema durante 30". Subrayar ideas principales e ideas secundarias que le permitan luego confeccionar un gráfico (esquema, mapa conceptual o red conceptual) de manera que Ud. pueda reconocer los conceptos claves del texto.

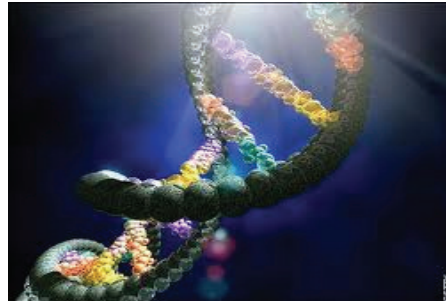
**Actividad Grupal:** Reunidos en grupo (6 integrantes) discutan conceptos y criterios ofrecidos en el texto, concensúen y elaboren respuestas a las preguntas.

1. Reflexionar y explicar al ser humano como un ser complejo.
2. ¿Qué atributos distinguen al ser humano de otros seres en el universo? Fundamenten la respuesta.
3. ¿Qué se entiende cuando decimos que el ser humano es un ser de necesidades? Den ejemplos de necesidades.

- Cada grupo debe elegir: un nombre para el grupo, un coordinador para moderar el debate y un expositor que será el vocero de la producción grupal.

## II. EJE DISCIPLINAR BIOLOGÍA.

La enfermería es una disciplina profesional que posee un cuerpo de conocimientos, desarrollado científicamente desde la perspectiva de la enfermería, a su vez, recibe aportes de otras ciencias, como las ciencias naturales y humanas, con el objeto de que los cuidados sean efectivos.



Por ello en esta unidad comenzaremos por conocer algunos aspectos básicos vinculados a las ciencias naturales, que posteriormente serán desarrollados en profundidad para ser integrados a la práctica.

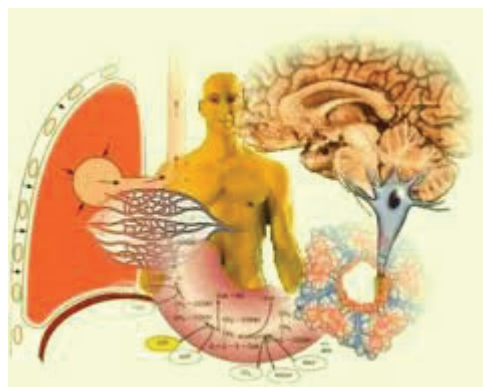
En primer lugar estudiaremos algunos conceptos claves...

### **Definiciones. Generalidades**

**Biología:** Se define como el estudio de la vida.

**Anatomía:** estudio de la estructura de un organismo y de la relación entre sus partes.

**Fisiología:** ciencia que trata de las funciones del organismo vivo y sus partes. Este termino es una combinación de dos términos griegos (Phycis= naturalezas y logos= ciencia o estudio)





## Niveles de Organización Estructural

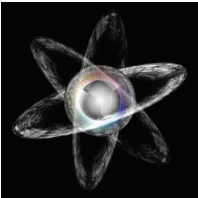

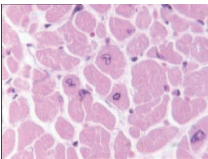
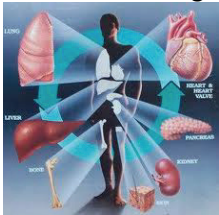


Podemos comparar los niveles de organización del cuerpo humano con los niveles de organización de un lenguaje: letras, palabras, oraciones, párrafos y a su vez sucesivamente. Así podemos explorar al cuerpo humano desde los elementos y las moléculas que lo conforman hasta la persona como un todo.

De menor a mayor, son seis los niveles de organización relevantes:

- 1- Nivel químico,
- 2- Nivel celular,
- 3- Nivel tisular,
- 4- Nivel de órganos,
- 5- Nivel de aparatos y sistemas y, finalmente.
- 6- El Organismo.



## NIVEL DE ORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL

Nivel de organización estructural	Características
<p>1.- Nivel Químico</p> 	<p>Puede compararse con las letras del alfabeto. Comprende los átomos, las menores unidades de materia que participan en las reacciones químicas, y las moléculas, formadas por dos o más átomos unidos. Algunos átomos, tales como Carbono (C), Hidrógeno (H), Oxígeno (O), Nitrógeno (N), Fósforo (P), Calcio (Ca) y Azufre (S), son esenciales para el mantenimiento de la vida. Dos moléculas familiares que se encuentran en el cuerpo son el ácido desoxirribonucleico (ADN), el material genético que se hereda de una generación a otra, y la glucosa, conocida vulgarmente como el azúcar de la sangre.</p>
<p>2- Nivel celular</p> 	<p>Las moléculas se combinan entre sí para formar células, las unidades estructurales básicas para el funcionamiento del organismo. Al igual que las palabras son los elementos más pequeños del lenguaje que tienen sentido, las células son las unidades vivientes más pequeñas del cuerpo humano. Dentro de los distintos tipos de células que hay en el cuerpo se encuentran las musculares, las nerviosas y las epiteliales.</p>
<p>3- Nivel tisular.</p> 	<p>Los tejidos son grupos de células y material circundante que trabajan en conjunto para cumplir una determinada función, en forma similar a la manera en que se unen las palabras para formar oraciones. Existen cuatro tipos básicos de tejidos en el organismo: el <i>epitelial</i>, el <i>conectivo</i>, el <i>muscular</i> y el <i>nervioso</i>.</p>
<p>4- Nivel de los órganos</p> 	<p>En este nivel se unen entre sí los distintos tipos de tejidos. En forma similar a la relación entre las oraciones y los párrafos, los órganos son estructuras compuestas por dos o más tipos distintos de tejidos; poseen funciones específicas y generalmente tienen una forma característica. Ejemplos de órganos son la piel, los huesos, el estómago, el corazón, el hígado, los pulmones y el cerebro.</p>
<p>5- Nivel de aparatos y sistemas.</p> 	<p>Un aparato o sistema está formado por órganos relacionados entre sí (párrafos) con una función en común. Un ejemplo es el aparato digestivo, cardio-circulatorio, nervioso. Como ejemplo, podemos tomar el digestivo, que degrada y absorbe los alimentos. Los órganos que lo constituyen son las glándulas salivales, la faringe, (garganta), el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso, el hígado, la vesícula y el páncreas. Algunas veces un mismo órgano forma parte de más de un aparato o sistema. El páncreas, por ejemplo, forma parte del sistema digestivo y además del sistema endocrino, encargándose de producir hormonas.</p>
<p>6- Nivel del organismo</p> 	<p>Un organismo, cualquier ser vivo, es equivalente a un libro en nuestra analogía. Todas las partes del cuerpo humano funcionando en conjunto constituyen un organismo.</p>



A continuación estudiaremos las Características de la Vida más Importantes...

### Características de la vida

No existe una definición breve y muy concreta de la vida, para la ciencia esta se puede concebir mediante una relación de atributos que, tomados en conjunto, se suelen denominar características de la vida.

A continuación se describen las que se consideran más importantes en el ser humano.

- **Sensibilidad o irritabilidad:** es la que permite a un organismo sentir, controlar y responder a los cambios de su ambiente externo. Por ejemplo, la de la retirada del antebrazo tras un estímulo doloroso (un pinchazo).



- **Conductividad:** es la capacidad de las células y los tejidos vivos para transmitir o propagar selectivamente una onda de excitación desde un punto a otro del cuerpo. En los organismos vivos, la sensibilidad y la conductibilidad están muy desarrolladas en las células nerviosas y musculares.



- **Crecimiento:** es consecuencia de un aumento normal en el tamaño o el número de células. En muchos casos, produce un aumento del sujeto o de un determinado órgano o parte, pero con pocos cambios en la forma del organismo como un todo o de la parte afectada.



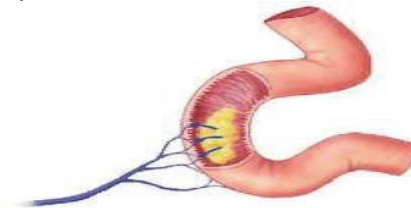
- **Respiración:** incluye todos los procesos que son resultado de la absorción, transporte, utilización o intercambio de gases respiratorios (oxígeno y dióxido de carbono) entre un organismo y el medio ambiente.



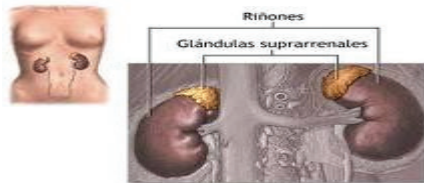
- **Digestión:** es el proceso por el cual los productos alimenticios complejos son desdoblados a sustancias más simples, que pueden ser absorbidas y utilizadas por las células del organismo.



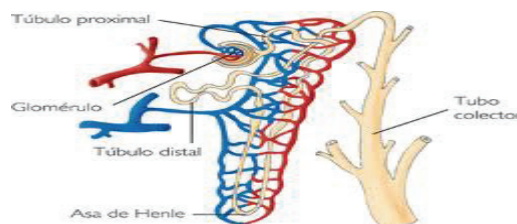
- **Absorción:** es el movimiento de los nutrientes digeridos a través de la pared del tubo digestivo y a los líquidos del cuerpo para su transporte, para la utilización por las células.



- **Secreción:** es la producción y liberación de sustancias especializadas, como los jugos digestivos y las hormonas, para las distintas funciones corporales.



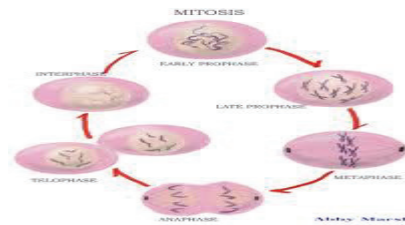
- **Excreción:** consiste en la eliminación de los productos de desecho producidos durante muchas funciones orgánicas incluidos el desdoblamiento y la utilización de los nutrientes por las células, por ejemplo el dióxido de carbono es un desecho gaseoso que se excreta durante la respiración



- **Circulación:** es el movimiento entre una parte del cuerpo y otra, de los líquidos orgánicos y de otras muchas sustancias, por ejemplo los nutrientes, las hormonas y los productos de desecho.



- **Reproducción:** consiste en la formación de un nuevo sujeto y también en la formación de nuevas células (mediante la división celular) en el cuerpo para permitir el crecimiento, la reparación de las heridas y la sustitución regular de las células muertas o envejecidas.



*\* Cada característica de la vida está relacionada con la suma de todas las reacciones físicas y químicas que se producen en el cuerpo. El término "metabolismo" se utiliza para describir esos procesos.*

## Homeostasis

Hace más de un siglo, Claude Bernard (1813-1878), un gran fisiólogo francés, hizo un notable descubrimiento. Observó que las células del cuerpo sobrevivían en condiciones de salud sólo cuando la temperatura, presión y composición química de su medio ambiente líquido permanecían relativamente constantes. Al ambiente de las células lo llamo medio interno o milieu intérieur. Bernard observó que aunque muchos elementos del ambiente externo en el que vivimos están en constantes estados de cambios, importantes elementos del medio interno, como la temperatura corporal, permanecen notablemente estables.

Un famoso fisiólogo americano, Walter B. Cannon, propuso en 1932 la denominación de homeostasis para los estados relativamente constantes, mantenidos por el cuerpo. Homeostasis es una palabra clave para la fisiología moderna. Está formada por dos palabras griegas (homoios, "lo mismo" y stasis "estancamiento") así pues estancamiento o permanecer lo mismo es el significado literal de la homeostasis. En su publicación clásica titulada *The Wisdom of the body* (la sabiduría del cuerpo) Cannon planteaba una de las más

unificadoras e importantes cuestiones de la fisiología. Sugería que todos los mecanismos reguladores del cuerpo existían para mantener la homeostasis o constancia del ambiente interno del cuerpo sin embargo, como Cannon destacaba, homeostasis no significa algo fijo e inmóvil que permanece exactamente igual todo el tiempo. En sus propias palabras, homeostasis significa un estado que puede variar, pero que es relativamente constante.

Lo que caracteriza a la homeostasis es el mantenimiento de unas condiciones internas relativamente constantes, a pesar de los cambios en el ambiente exterior. Por ejemplo, aunque las temperaturas externas varíen, homeostasis de la temperatura corporal significa que esta permanece relativamente constante, alrededor de los 37<sup>a</sup> C., si bien puede variar ligeramente por encima o por debajo de ese punto y seguir siendo normal.

Mecanismos reguladores específicos son responsables de ajustar los sistemas orgánicos para mantener la homeostasis. Esta capacidad del cuerpo para “autorregularse” o “volver a la normalidad” para mantener la homeostasis es un concepto extraordinariamente importante en la fisiología moderna y también sirve de base para comprender los mecanismos de la enfermedad. Cada célula del cuerpo, cada tejido y cada aparato desempeñan un importante papel en la homeostasis.

⇒ Homeostasis: (homeo - de *homóios*, igual y *stasis*, detención) es la condición del equilibrio (balance) en el medio interno gracias a la continua interrelación de los múltiples procesos de regulación corporal. Es un proceso dinámico.

El cuerpo puede mantener la *homeostasis* gracias a varios sistemas de *retroalimentación*. Un sistema de *retroalimentación* es un ciclo de fenómenos en el cual el estado de una determinada condición corporal es continuamente supervisado, evaluado, modificado, vuelto a supervisar y evaluar y así sucesivamente. Cada variable supervisada, como la temperatura, la presión arterial o el nivel de glucosa sanguínea, se denomina condición controlada. Cualquier alteración que cause un cambio en una condición controlada se denomina *estímulo*.

Componentes básicos de un sistema de *retroalimentación*: Son tres:

1. Receptor
2. Centro regulador
3. Efecto

Un **receptor** es la estructura del cuerpo que observa cambios en una condición controlada y envía información llamada señal de entrada o aferencia (input) a un centro regulador. Por ejemplo, ciertas terminaciones nerviosas de la piel registran la temperatura y pueden detectar los cambios, por ejemplo, una disminución importante de la temperatura corporal.

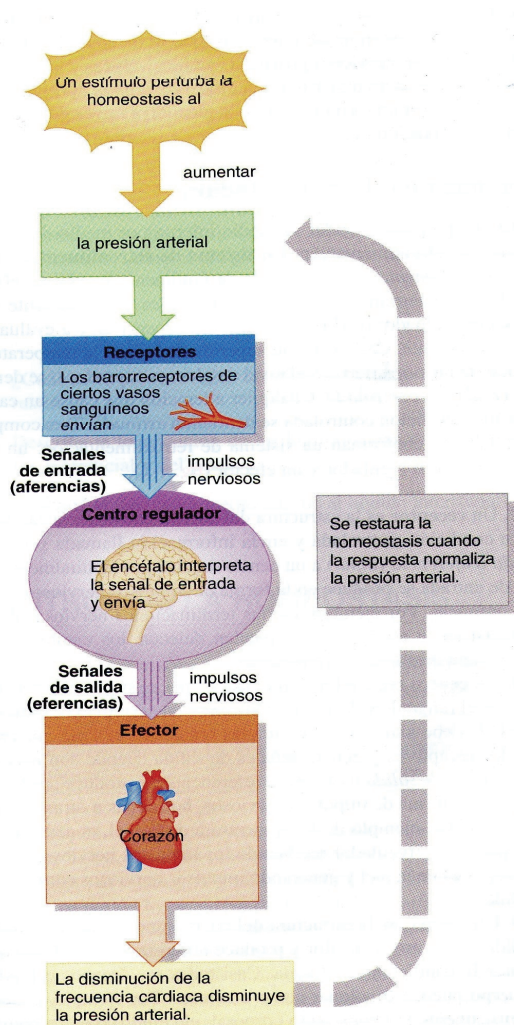
Un **centro regulador o integrador** por ejemplo, el cerebro, establece el rango de valores entre los cuales determinada condición controlada debe mantenerse, evalúa las señales de entrada que recibe de los receptores y

genera señales de salida cuando son necesarias. En el ejemplo de la temperatura de la piel, el cerebro actúa como centro regulador recibiendo los impulsos nerviosos desde los receptores de la piel y generando impulsos nerviosos como señal de salida.

Un **efector** es la estructura del cuerpo que recibe las señales de salida del centro regulador y produce una respuesta o efecto que modifica la condición controlada. Casi todos los órganos o tejidos del cuerpo pueden funcionar como efectores. Por ejemplo, cuando cae bruscamente la temperatura corporal, el cerebro (centro regulador) envía impulsos nerviosos (eferencias) a los músculos esqueléticos (efectores). Se comienza a tiritar, lo que genera calor que eleva la temperatura.

### **Los sistemas de Retroalimentación, pueden ser Negativos o Positivos...**

**Un Sistema de Retroalimentación Negativa:** revierte, disminuye o acentúa un cambio en la condición controlada. Consideremos la regulación de la presión arterial. La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos. Cuando el corazón late más fuerte, la PA aumenta. Si un estímulo, ya sea externo o interno, provoca un aumento en la presión arterial (condición controlada) ocurre la siguiente secuencia de fenómenos: El aumento de la presión es detectada por los barorreceptores, células nerviosas sensibles a los cambios de presión, localizados en las paredes de ciertos vasos sanguíneos. Los barorreceptores (receptor) envían impulsos nerviosos (eferencias) al encéfalo (centro regulador), el cual interpreta estos impulsos y responde, enviando impulsos nerviosos (eferencia) al corazón (efector). La frecuencia cardíaca desciende, lo que provoca a su vez un descenso en la presión arterial (respuesta). Esta secuencia de hechos lleva a la condición controlada, la presión arterial, a sus valores normales, y se restaura de esa forma la homeostasis. La actividad del efector produjo la caída de la PA, un resultado opuesto al estímulo original (el aumento de la PA). Por esa razón se denomina sistema de retroalimentación negativa.



**Un sistema de retroalimentación positiva:** tiende a reforzar (aumentar) el cambio producido en la condición controlada. Opera de manera similar al sistema de retroalimentación negativa, es esto por la forma en que la respuesta afecta a la condición controlada. El centro regulador también envía, eferencia al efector, pero en este, caso el efector produce, una respuesta fisiológica, que acrecienta, el cambio indicado en la condición controlada. La acción del sistema de retroalimentación positiva continua hasta que es interrumpido por algún mecanismo.

El aparato normal es un buen ejemplo del sistema de retroalimentación positiva: las primeras contracciones del trabajo de parto (estímulo) empujan una parte del feto hacia el cuello uterino, la parte mas baja del útero que termina en la vagina. Células nerviosas sensibles al estiramiento (receptores)



registran el grado de dilatación del cuello uterino (condición controlada). A medida que aumenta la dilatación, la célula envía, mas impulsos nerviosos (aferencia) al cerebro (centro regulador), que a su vez libera la hormona oxitocina (eferencia) a la sangre. La oxitocina aumenta la fuerza de contracción de las paredes musculares del útero (efector) las contracciones empujan al feto en forma descendente a través de distintas porciones del útero, lo que dilata el cuello uterino todavía mas. El ciclo de estiramiento, liberación hormonal y aumento de fuerza de las contracciones se interrumpe solo con el nacimiento del bebe. En ese momento cesa la dilatación del cuello uterino y deja liberarse oxitocina.

