



Licenciatura en
Enfermería

Facultad de Humanidades Ciencias Sociales y de la Salud
UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANTIAGO DEL ESTERO

CARTILLA

**Ambientación a la vida universitaria, Disciplinar,
Alfabetización Académica y Reflexión Vocacional**

Curso de Ingreso 2015

Elaborado por:

Lic. Mariano Chávez
Dr. Gustavo Ledesma
Lic. Malvina Lobos
Lic. Osbaldo Peralta

Estimada/o Ingresante

La Universidad Nacional de Santiago del Estero a través de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud, te abre sus puertas para emprender una carrera universitaria y así, hacer realidad tu proyecto de vida: ser un profesional que responda a tus necesidades y a las de la Sociedad.

*Los docentes del Curso de Ingreso te damos la **Bienvenida a la Carrera de Licenciatura en Enfermería**, te recibimos con alegría y con entusiasmo queremos acompañarte en tus primeros aprendizajes, como futuros estudiantes universitarios.*

Ingresar a la Universidad implica cambios y desafíos que requieren de adaptación, transformación, reorganización en lo personal, familiar y social, los cuales estarán acompañados de muchos interrogantes, inquietudes, ansiedades, temores,... manifestaciones propias, que sienten todos los que ingresan a una institución educativa diferente y a una cultura especial, que la iras conociendo y aprehendiendo en forma progresiva

Nuestra intención es facilitar tu inserción en el ámbito universitario por esta razón, te ofreceremos los elementos básicos para que te vincules con la información académico - disciplinar, como así también deseamos integrar tus aspectos personales con los que te ofrece la universidad.

Durante el curso de ingreso nos conoceremos, compartiremos conocimientos, experiencias, guiaremos tu esfuerzo y te apoyaremos asumiendo juntos el compromiso que se merece el gran desafío de construir el primer peldaño, conocer a

la carrera que has elegido: la Enfermería, una disciplina profesional apasionante... que tiene como valor esencial la vida y la dignidad de todos los seres humanos.

Estamos abiertos a un diálogo fluido y permanente, aspirando que las experiencias de este curso aporten a tu formación como Persona, como a tu Rol de estudiante universitario, de la carrera de Licenciatura en Enfermería.

Es muy importante que te "asumas" como protagonista activo de este proceso, superando los pequeños o grandes obstáculos que encontraras en este camino, para lograr los objetivos que te vayas proponiendo, en esta nueva etapa de tu vida.

En la cartilla que hemos preparado, te ofrecemos herramientas básicas para el estudio para que puedas comenzar, a transitar este importante momento: la preparación para tu vida profesional.

¡Adelante!

PROGRAMA

El ingreso a la universidad es una decisión importante en la vida de nuestros jóvenes, que supone de un proceso de apropiación de herramientas que posibiliten al estudiante el desarrollo de estrategias para afrontar las exigencias académicas propias del nivel universitario.

La propuesta del Curso de Ingreso de la carrera de Licenciatura en Enfermería tiene como objetivo, orientar y acompañar a los aspirantes en las exigencias de este nuevo escenario, donde se intentará que cada uno de los aspirantes pueda problematizar sus estrategias de aprendizaje a través de la participación activa, la lectura y el análisis crítico. El alumno logrará conocer y abordar elementos teóricos básicos, relacionados a la disciplina, donde el docente ayudará y facilitará el lograr los objetivos.

Objetivos Generales del Curso

1. Favorecer la adaptación del aspirante a la Institución Universitaria.
2. Incorporar herramientas que facilite el aprendizaje de los aspirantes a la Carrera.
3. Incorporar conocimientos relacionados a la disciplina, desde el aprendizaje significativo.

Objetivos Específicos

- Reconocer la institución Universitaria, Facultad de Humanidades, Carrera de Licenciatura en Enfermería; su organización y funcionamiento.
- Incorporar saberes para participar activamente desde su rol de estudiante universitario.
- Aplicar las herramientas básicas que posibiliten la construcción de sus estrategias de estudio y aprendizaje.
- Promover el desarrollo de hábitos de lectura y escritura como puertas de acceso al conocimiento, a los fines de incorporarlas en sus prácticas habituales de estudio.
- Promover el trabajo grupal para mejorar el rendimiento académico, cognitivo, social y actitudinal de los aspirantes.
- Facilitar e incorporar conocimientos básicos relacionados a la concepción de la Enfermería como disciplina profesional.
- Ofrecer un espacio de reflexión y contención para elaborar su proyecto vocacional/profesional futuro.

Áreas:

- ✓ Ambientación a la Vida Universitaria.
- ✓ Disciplinar.
- ✓ Alfabetización Académica

Ambientación a la Vida Universitaria. En esta área se brinda información sobre aspectos relevantes de la Universidad, para que el aspirante pueda conocer la institución y pueda ir generando sentimientos de identidad y pertenencia. Ello permitirá, adaptarse a la nueva etapa de vida y de estudios, familiarizarse con el sistema universitario, conocer el marco normativo, sus derechos y obligaciones y aprender el rol de estudiante universitario.

Disciplinar. En esta área se desarrollan los núcleos temáticos básicos de la disciplina que se relacionan entre sí, los que permitirán al aspirante avanzar progresivamente hacia el abordaje y sustento de la Enfermería como Disciplina Profesional.

Alfabetización Académica: Espacio destinado a la enseñanza y aprendizaje de la lectura, la escritura y el estudio en el Nivel Superior, con las especificidades propias de cada rama del conocimiento. En el mismo se revisarán, nociones y estrategias necesarias para participar en la cultura discursiva de cada disciplina y se trabajarán prácticas del lenguaje y del pensamiento, modos de leer y escribir, de producir y analizar textos, para aprender en la Universidad. La lectura y la escritura no son habilidades generales que puedan ser transferidas a cualquier contexto, sino que tienen especificidades propias en cada campo del saber. Los alumnos aprenderán a exponer, argumentar, resumir, buscar información, jerarquizarla, ponerla en relación, valorar razonamientos, debatir, etc., según los modos típicos de hacerlo en cada una de las materias.

Estas tres áreas se desarrollan de manera integrada y la reflexión Vocacional se aborda a lo largo del curso.

Carácter del Curso: presencial, requiere de un 70 % de asistencia.

Condiciones de Ingreso:

- Asistencia a las clases de un 70%
- Asistencia obligatoria al proceso de monitoreo.

El aspirante puede asistir en forma voluntaria a **Tutorías Disciplinarias**, a cargo de docentes del área disciplinar, donde podrá efectuar las consultas correspondientes sobre cualquier dificultad que pudiera surgir durante el cursado.

Cada docente dispone de 2 horas semanales para consultas.

Cronograma.

El curso se desarrollará en un lapso de cinco semanas, desde el 04 de febrero al 06 de marzo de 2015, con un total de 120 hs. Distribuidas en 84hs para el desarrollo de los contenidos disciplinar 36 para alfabetización académica.

Horarios: de lunes a viernes de 08:00 a 12:30 hs.

Profesor Externo Pedagogo: 2 hs. por jornadas

Docentes del área Disciplinar: 4 hs. por Jornada

Docentes Responsables:

- Lic. Malvina Lobos (coordinadora)
- Lic. Mariano Chávez
- Lic. Osbaldo Peralta
- Dr. Gustavo Ledesma

SER HUMANO: Ser complejo, concepto holístico

El ser humano tiene muchas cosas en común con los demás animales, y que se le considera el animal más complejo. Puede ser estudiado desde muchas perspectivas, y cada disciplina tiene enfoques y metodologías diferentes. Las ciencias biológicas o naturales estudian los subsistemas de los humano en un intento por determinar cómo funciona el cuerpo. Las ciencias de las conductas estudian la mente humana, la conducta y las interacciones con, los demás individuos y con el entorno. La teología y la filosofía estudian el ser espiritual del hombre y el significado de su existencia en el universo. La enfermería estudia al hombre holístico en función de su respuesta a la salud y a la enfermedad.

La concepción holística del ser humano alude a la tendencia que permite entender los eventos desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan; corresponde a una actitud integradora como también a una teoría explicativa que orienta hacia una comprensión contextual de los procesos, Características del ser humano de los protagonistas y de sus contextos.

La concepción holística refiere a la manera de ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, pues de esta forma se pueden apreciar interacciones, particularidades y procesos que por lo regular no se perciben si se estudian los aspectos que conforman el todo, por separado.

Otros autores refieren que Explicar al hombre, nos lleva a realizar algunas consideraciones, religiosas, filosóficas, antropológicas, sociológicas, psicológicas y otras, así 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.

- De. 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, reconociéndolo como un ser terrestre y mundano que tiene necesidades de sus órganos.

- Cassirer: Da otra versión de la vieja definición: Animal simbólico, naturaleza política o sea social ligada a la naturaleza racional del hombre, racionalidad y politicidad del hombre que hacen que No pueda vivir si No es en sociedad.

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 (visión esquemática solo para explicarlo didácticamente). conducente a considerarlo como un sistema compuesto por tres subsistemas interdependientes, sistemas altamente complejos, en continua interacción con los ambientes natural y sociocultural, 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 bienestar, traducido como salud, resultado ideal de este sistema definido por la OMS como el "Estado completo de bienestar físico, mental y social".

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 hombre es el ser capaz de pensar y decir las cosas, es alguien con esencia dinámica, es alguien que puede cambiar.

Desde la Psicología Social y crítica de la vida cotidiana, Pichón Rivieri 1992 expresa

"entiendo al Hombre como configurándose en una actividad transformadora, en una relación dialéctica, mutuamente modificante con el mundo; relación ésta que tiene su motor en la necesidad"

Tiene características peculiares:

1. Está organizado en agrupamientos de coherencia geográfica e histórica: familia, clase, comunidad, nación. Así es siempre un organismo, un yo, un miembro de una sociedad.

2. Es un ser social que llega a ser tal por la incorporación y organización de experiencias con los demás individuos. Lo propio del hombre es ser simultáneamente un ser sociable y socializado: es a la vez un sujeto que aspira a comunicarse con sus semejantes y un miembro de una sociedad que le preexiste, que lo forma y lo controla.

3. Dado que es un ser histórico, tanto en el sentido individual como social, es el producto de un desarrollo del cual emergen nuevas potencialidades siempre cambiantes.

4. El hombre es el único de los seres vivos que puede pensarse a si mismo como objeto, utilizar el pensamiento, concebir símbolos universales y crear un lenguaje.

La esencia de la vida es cambio, crecimiento, aprendizaje, adaptaciones a condiciones nuevas y evolución creadora de nuevo, niveles de intercambio entre la persona y el ambiente

El organismo humano intenta permanentemente mantener un estado de equilibrio u homeostasis como un principio vital que preserva la integridad y continuidad del organismo Humano, la capacidad de mantener un funcionamiento eficaz, coordinado, bajo condiciones de vida totalmente cambiantes.

EL HOMBRE COMO SER DE NECESIDADES

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.

Desde ésta cátedra y en referencia a los modelos y teorías descritos, y partiendo del concepto del hombre como "ser de necesidades" se puede explicar que el hombre posee diferentes estados de necesidad y la Enfermería, dentro del marco de una interacción de persona a persona, basa sus cuidados efectuando el diagnóstico, planeación, ejecución, y evaluación de su accionar, según condiciones en:

ESTADO DE NECESIDAD SATISFECHA: equilibrio

ESTADO DE NECESIDAD INSATISFECHA: Determinado por diversas causas, no reconocimiento de la manera de satisfacerlas o impedimento del medio para lograr satisfacer.

ESTADO DE NECESIDAD MODIFICADA: Guarda relación con determinadas etapas de la vida (adolescencia, senectud, etc.)

La comprensión de los procesos biológicos, psicológicos y sociales que afectan al hombre, implica comprender la naturaleza humana, sus necesidades, el fenómeno de la vida y es lo que nos permitirá científicamente, aplicar el *PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA* para brindar una atención, integral a las personas.

Existen diferentes **TEORÍAS** en relacion a la clasificacion de las necesidades humanas, basadas en el concepto de que una necesidad crea una tentacion interna.

Como también una serie de necesidades que todo ser humano debe satisfacer, siendo las más básicas las siguientes:

- **FISIOLÓGICAS:** le permiten la sobre vivencia
- **SEGURIDAD:** Mantiene y protege lo que tiene utilizando mecanismo de estabilidad.
- **PERTENENCIA Y AMOR.** Determinadas por el impulso de ser parte de algo,
- **ESTIMACIÓN:** Necesidades relacionadas con la autoestima y la propia reputación, status, reconocimiento, independencia.
- **AUTORREALIZACIÓN:** Crecimiento, realización.

ABRAHAM MASLOW: Establece escalas o niveles, cada uno de los cuales determina valores, patrones de comportamiento. Las de niveles más alto operan o se manifiestan cuando las de menor nivel operan en forma continuada, menciona de las necesidades básicas refiriéndonos al bienestar físico de la persona (aire, alimento, agua, sueño) descritas como *fisiológicas*, todas ellas deben ser satisfechas. Por eso, una de las funciones del personal de enfermería en salud mental es ayudar a aquellas personas incapaces de hacerlos por si mismo.

En la necesidad de **seguridad** es importantísima la intervención de enfermería, como puede ser la protección, potenciar el sentimiento de libertad en los cuadros de ansiedad y miedo, evitar intentos de suicidios, etc.

Las necesidades de **amor y correspondencia** son expresadas a través de los padres, esposos, hijos, amigos, etc. Estas aparecen cuando las necesidades de seguridad han sido satisfechas. Muchas veces en la enfermedad mental estas necesidades no han sido satisfechas.

La siguiente necesidad es la de **estima**, que aparece una vez satisfecha la de amor y correspondencia. Esta necesidad incluye el deseo de éxito, estar en posición de autoridad, de competencia, etc. Cuando todas las necesidades no han sido satisfechas, llevan al individuo a un comportamiento compensatorio, siendo incapaces de adaptarse. El personal de enfermería debe valorar todos estos comportamientos durante el proceso de atención.

Una vez que todas las necesidades anteriores han sido satisfechas plenamente, aparece la de **autorrealización** como cima de la pirámide. Para poder explicar estas prioridades del comportamiento humano, Abraham Maslow desarrolla la pirámide de necesidades básicas (fig.1)

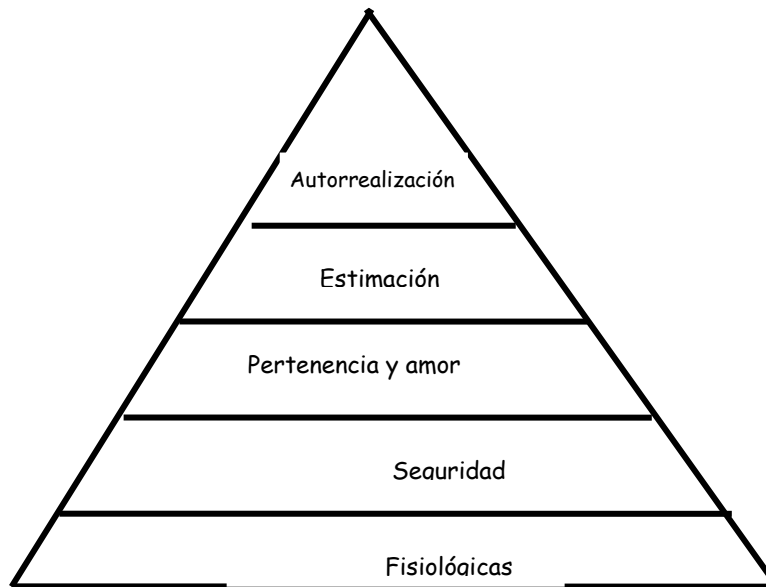


Fig1: Jerarquía de las necesidades de A. Maslow

Otra clasificación es la que hace **MANFRED MAX N**

EEF: Propone la distinción de nueve categorías de necesidades a saber: Subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Cada una de ellas tiene cuatro categorías existentes, que son:

- **Ser** Saludable física y mentalmente.
- **Tener** Trabajo, alimento, abrigo y descanso
- **Hacer** cosas para alimentarse, para descansar, para trabajar que lo lleven a la salud.
- **Estar** en un ambiente saludable

La salud física y mental debe ser experimentada o sentida por el ser humano.

La salud de las personas, la alimentación, el abrigo, el trabajo, el saneamiento del ambiente, la educación, la participación, la solidaridad y la autoestima son satisfactores que se dirigen a resolver de modo particular las diversas necesidades humanas.

Se deben procurar satisfactores sinérgicos que posibiliten un efecto multiplicador que estimule la satisfacción de otras necesidades.

OTROS MODELOS.

HILDEGARD PEPLAU Identifica tres ideas básicas referidas al concepto de hombre, del personal de enfermería y de la propia enfermería:

1. El hombre es un organismo que vive en equilibrio inestable y que tiene la capacidad de aprender y desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por las necesidades.

2. La personalidad del personal de enfermería marca una diferencia sustancial en los resultados del aprendizaje del paciente durante el periodo en que prestan los cuidados.
3. La función de la enfermería es favorecer el desarrollo de la personalidad hacia la madurez.

También describe el proceso de enfermería como una relación terapéutica que consta de cuatro fases.

- a) Orientación.
- b) Identificación.
- c) Exploración
- d) Resolución.

La influencia de Miller teniendo en cuenta los principios del aprendizaje social se refleja a través de la función del liderazgo que Peplau describe en las funciones de enfermería.

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.

ATRIBUTOS DEL SER HUMANO: Bases conceptuales para la intervención de la Enfermería con los individuos. (Edna M. Menke)

El ser humano tiene muchas cosas en común con los demás animales, y que se le considera el animal más complejo. Puede ser estudiado desde muchas perspectivas, y cada disciplina tiene enfoques y metodologías diferentes. Las ciencias biológicas o naturales estudian los subsistemas de los humano en un intento por determinar cómo funciona el cuerpo. Las ciencias de las conductas estudian la mente humana, la conducta y las interacciones con, los demás individuos y con el entorno. La teología y la filosofía estudian el ser espiritual del hombre y el significado de su existencia en el universo. La enfermería estudia al hombre holístico en función de su respuesta a la salud y a la enfermedad.

Cada una de nosotras ve de distinta manera al género humano, puesto que nuestro concepto, se ha desarrollado desde nuestra propia filosofía personal, la que a su vez ha desarrollado desde el modo en que contestamos las siguientes cuatro preguntas:

1. ¿Qué hace a uno humano?
2. ¿Qué es la naturaleza humana?
3. ¿Qué es su orientación de valor?
4. ¿Qué será del hombre en el futuro?

Hay coincidencias entre las respuestas que podríamos dar a esas preguntas, pero la **gestalt** es única para cada una de nosotras. Ninguna de las preguntas tiene una respuesta fácil, y nuestras respuestas individuales pueden cambiar a medida que avanzamos a través del ciclo de la vida. Los factores que pueden tener influencia en nuestras respuestas son la familia, la educación, las creencias religiosas, los grupos de referencias, y las experiencias de vida. En las partes que siguen se discutirán cada una de las preguntas; sin embargo cada una de ustedes debe contestarse a si misma las preguntas.

¿QUÉ HACE A UNO HUMANO?

Son muchos los humanistas que se han planteado la pregunta de qué 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 más 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.

¿QUÉ ES LA NATURALEZA HUMANA?

Durante siglos, los filósofos y humanistas han estudiado y debatido la naturaleza de la humanidad. Por ejemplo: ¿es el ser humano esencialmente bueno o malo, su destino está predeterminado o depende de su propia voluntad, y es racional o irracional? Un modo de abordar tales preguntas es examinar las varias orientaciones de las autoridades en la materia.

En la orientación psicoanalítica o freudiana, el individuo es animal y humano, tiene poco control sobre los procesos inconscientes y los instintos y es fundamentalmente malo.

En la orientación conductista, el individuo es malo, tiene poco control de su destino, y responde primariamente a su entorno. Es un organismo pasivo gobernado por estímulos externos y puede ser manipulado controlando su entorno. Es predecible y racional; una persona es igual a cualquier otra, no única. Más aún, se cree que las características humanas de cada persona pueden estudiarse por separado. En contraste, la orientación fenomenológica, existencial o humanista es que el ser humano es fundamentalmente bueno, tiene potencial de crecimiento, y tiene algún control sobre su destino puesto que es libre y responsable de sí mismo. Es visto como la fuente de sus propios actos, es libre de elegir en cada situación, y su conducta es imprevisible. Se pone énfasis en la individualidad, en el sentido de que cada persona es única y debe ser estudiada como un todo y no como partes fragmentadas. La orientación fenomenológica coincide con el punto de vista holístico del ser humano, y supone igualmente que es capaz de cambiar y de maximizar su potencial

Algunos contemplan al ser humano como ambas cosas, bueno o malo, y piensan que la lucha por mantener el equilibrio entre esa polaridad es lo que da al ser humano su naturaleza dinámica y la energía para el movimiento y el cambio dentro del entorno. Quienes parten desde la perspectiva de sistema lo ven como un sistema abierto capaz de influir y ser influidos por los sistemas sociales de lo que él es una unidad. En consecuencia, los individuos serían capaces de cambiar ellos mismos y a su entorno- lo mismo que pueden ser cambiados por influencias externas

Los síntomas en el individuo se verían como señales de alarma en el sistema y no como evidencia de inclinaciones buenas o malas del ser humano. Bajo una perspectiva de sistemas, la cuestión de bueno o malo del ser humano puede ser completamente irrelevante.

¿QUÉ ES LA ORIENTACIÓN DE VALOR HUMANO?

Cada individuo posee su propia orientación de valor específico, que debe coincidir con su propia filosofía y puede desarrollarse gracias a la socialización en una cultura, una familia, y otras redes sociales significativas. La orientación de valor es un conjunto de proposiciones ligadas unas a otras y que abarcan ambos elementos de valor y existencial de un individuo. Con frecuencia el individuo no tiene conciencia de los valores culturales que influyen en la conducta. Es importante conocer a fondo la orientación de valor del individuo, puesto que ello sirve de motivación para la conducta.

La teoría de orientación de valor desarrollada por Spiegel puede usarse para examinar el sistema de valor del individuo. Los tres principios básicos de la teoría son:

1. Existe un número limitado de problemas humanos comunes para los que todo el mundo, en todo momento y en cualquier lugar tiene que encontrar la solución

2. Existe variabilidad en la solución de los problemas; no es ilimitada ni casual, sino que se trata de una variabilidad dentro de una escala de soluciones posibles.

3. Todas las variantes (todas las alternativas) de todas las soluciones están presentes en grados variables en la estructura cultural total de cada sociedad.

La teoría versa sobre cuatro orientaciones de valor: individuo-naturaleza, individuo-tiempo, individuo-actividad, individuo-relaciones.

En la orientación de **individuo-naturaleza**: el individuo considera su relación con la naturaleza. Las alternativas son subyugación a la naturaleza y dominio de la naturaleza. Por ejemplo, característicamente, los miembros de la cultura apalache piensan que el individuo se haya subyugado a la naturaleza, que lo que tenga que ocurrir ocurrirá. Durante ciertos periodos los chinos veían a la persona en armonía con la naturaleza de modo que ambos no podían ser separados. Muchos profesionales norteamericanos creen que el individuo puede controlar la naturaleza, permitiéndole este control influir sobre lo que pueda suceder.

En la orientación **individuo-tiempo**: el individuo considera su relación con el tiempo, las alternativas so pasado, presente y futuro. Un individuo orientado al pasado presta poca atención al presente o al futuro. Un individuo orientado al presente poco hace o no planea para el futuro. En contraste, un individuo orientado hacia el futuro se concentra en lo que ocurrirá mañana, la próxima semana, el mes próximo, o el próximo año. Sus esfuerzos se dirigen a planear el futuro y, por lo tanto, hacia el cambio

En la orientación **individuo-actividad**, el individuo se encuentra ante otra modalidad, la actividad humana. Las alternativas son ser, estar-en-el devenir, y actuar. La actividad de **ser** pone énfasis en las expresiones espontáneas de conducta, habitualmente deseos e instintos. La actividad de **estar-en el-devenir** tiene que ver con el propio ser individual, pero hace hincapié en la actividad que tiene como meta el desarrollo del sí mismo como un todo unificado. El **actuar** pone énfasis en el hecho de que el individuo es capaz de logro. El individuo es juzgado por lo que puede hacer y por lo que logra

En la orientación **individuo - relaciones**, el individuo se interesa por sus relaciones con los demás. Las orientaciones alternativas son lineales, colaterales, e individualistas.

- **Lineal**: se centra en la edad, las diferencias generacionales, y la tradición cultural del parentesco.
- **Colateral**: es personal y se centra en la familia y los demás parientes
- **Individualista**: es primariamente impersonal y está orientada a las relaciones que no tienen nada que ver con el parentesco

Todo individuo puede tener una combinación de las cuatro orientaciones de valor. Algunos aspectos de la orientación de valor de un individuo cambian a lo largo de su desarrollo en el ciclo vital y en circunstancias específicas de crisis. Por ejemplo, la orientación de tiempo de un niño puede cambiar como resultado de la madurez y de la socialización. Un individuo que tenga una enfermedad crónica degenerativa puede cambiar

de una orientación de actuar a una orientación de estar-en-el-devenir o de ser. Un individuo con una enfermedad terminal puede cambiar su orientación de tiempo del futuro al presente o al pasado. Además de conocer la orientación de valor de un individuo, es importante conocer las orientaciones de valor de los miembros de sus redes sociales significativas como las de su familia, En cualquier caso, debe admitirse que las orientaciones de valor es muy difícil que cambien.

¿QUÉ SERÁ EL SER HUMANO EN EL FUTURO?

El individuo puede elegir entre desarrollar su condición humana o deshumanizarse, Esta alternativa depende profundamente de cómo emplea los atributos que lo distinguen de los animales. La creatividad del individuo nos ha llevado hasta el estado actual de conocimiento, de tecnología, de organización social, y de sociedad. Los trasplantes, los nuevos fármacos, los dispositivos de monitorización, las computadoras, la investigación, y otros adelantos han permitido grandes avances en el cuidado de la salud. Es difícil predecir cuáles son los límites en cuanto a las alteraciones en él cuerpo del individuo; sin embargo, en última instancia podemos predecir que dependerá en el futuro de su estilo de vida, de su orientación de valor, de sus interacciones con el entorno, y de su autocontrol.

Tanto Dubos como Leonard alertan al humano a que retorne a la armonía con la naturaleza y consigo mismo." El ser humano debe dedicarse más al cuidado de sí mismo y en el control de su cuerpo. La biorretroacción puede ayudar al individuo a ser consciente de su propio mundo interno que funciona física y psicológicamente. Con el entrenamiento de biorretroacción, uno puede aprender a controlar diversos aspectos corporales, por ejemplo, la presión sanguínea y los patrones del sueño. El autocuidado terapéutico puede ayudar al individuo a ser más sano, y, por añadidura, a lograr mayor control sobre lo que le ocurre. Las técnicas de reducción de estrés, el ejercicio, la dieta, y los estilos de vida pueden facilitar una salud óptima.

La percepción individual del sí mismo y de su significado en la vida son cruciales para determinar qué llegará a ser. Si no se conocen los límites del potencial humano y las elecciones que puede llevar a cabo, es difícil predecir que será del género humano. Esperémoslo, la elección debe ser poner énfasis en lo humano de cada uno de nosotros

LA SALUD DEL HOMBRE, CONCEPTOS Y GENERALIDADES

En los últimos 30 años nuestra cultura ha estado dominada por una concepción mecanicista que analiza el cuerpo humano desde el punto de vista de sus parte (Enfoque fragmentario y reduccionista) desde esta concepción la mente se separa del cuerpo, la

enfermedad se considera una avería de los mecanismos biológicos y, la salud se considera como ausencia de enfermedad.

Hoy esta concepción ha sido eclipsada, remplazada por una visión holística y ecológica, que concibe al mundo como un sistema viviente y se sustenta en la relación recíproca de todos los fenómenos tratando de entender la naturaleza no solo desde el punto de vista de las estructuras fundamentales, sino también de los procesos dinámicos subyacentes.

Desde esta perspectiva se puede conceptualizar “la salud es una experiencia de bienestar provocado por un equilibrio dinámico que comprende aspectos físicos y psicológicos del organismo, además de la interacción con su entorno natural y social”.

Una visión integral de la salud basada en una concepción ecológica esta en armonía con la tradición hipocrática que dio origen a la medicina occidental. Visión que se basa en nociones científicas y que se expresa desde el punto de vista de los conceptos y símbolos que forman parte de nuestro lenguaje cotidiano.

Eduardo Sarué: OPS/OMS define a la “salud como una cualidad positiva evolutiva del vivir, que se manifiesta con fenómenos específicos, que revelan una capacidad básica potencial de desarrollo y perfeccionamiento personal y de la sociedad en la que vive.”

Resulta de la situación y permanencia, interacción modificadora, evolutiva entre el sistema genético de la población, el sistema ecológico que ella integra y el sistema social que ella crea sostiene y modifica.

SALUD INTEGRAL Y SU NATURALEZA SOCIAL

El término salud resume la condición integral del hombre en su ambiente, en sus condiciones biológicas, física, psicosociales, culturales y económicas.

El disfrute de salud es componente indispensable en la calidad de vida, se asocia con la longevidad, lo que supone, alimentación, inmunizaciones, ambiente sano, atención médica oportuna, etc. Es a la vez la condición básica para el desarrollo integral, para la satisfacción de las otras necesidades y el desarrollo de las potencialidades humanas.

Lograr salud impacta positivamente en la subsistencia, pero no hay duda que también tiene su efecto positivo en la satisfacción de necesidades, de afecto, creación, participación, entendimiento, entre otras. Los logros en salud son el indicador más valioso del progreso alcanzado en el desarrollo humano.

Lo anterior remite pensar que las condiciones económicas sociales tendrían que adaptarse a las condiciones y potencialidades de la especie humana para lograr tan importante propósito. Sin embargo San Martín, H. señala:

“Somos obligados a mal adaptarnos a las condiciones patógenas de sociedades organizadas con fines diferentes a los de bienestar humano (incluyendo a la salud en lo que llamamos bienestar.) El modo de vida del hombre moderno y el tipo de consumo y de

interrelaciones sociales en las sociedades actuales, son creadoras de alteraciones de la salud, de enfermedad de envejecimiento y muerte prematura.

El enfoque integral y social de la salud, rechaza el paradigma de la salud como fenómeno biológico individual. La salud la caracterizamos como un proceso dinámico y variable de bienestar físico, psíquico y social, que puede conllevar una cierta proporción de "alteraciones de la salud" no objetivada ni percibida; este proceso es multicausal y se genera en las estructuras económico y sociales, distribuyéndose socialmente en la población, el mecanismo individual es biológico, ecológico (interacción entre el organismo humano y su ambiente social y ecológico)".

La determinación social del proceso salud - enfermedad así como su distribución, se basa en el reconocimiento de que, por los cambios biológicos ocurridos en la población y más que por los progresos en la práctica médica, las características en las formaciones históricas y la diferenciación social en ellas, así como las medidas específicas de prevención que se adopten históricamente, explican la presencia de niveles de salud y enfermedad diferentes en los grupos sociales.

Enrique Pichón Riviere opina que "Todo criterio de salud reúne una concepción del hombre y la historia que la fundamenta. De esta manera puede entenderse al hombre en una actividad transformadora que tiene su motor en la necesidad y donde la elaboración de un criterio de salud, significa el análisis de las formas de relación del hombre con el mundo. El sujeto es sano en la medida en que aprehende la realidad en una perspectiva integrada y tiene capacidad para transformarla transformándose a la vez él ni mismo..."

"...Entendemos que la salud no es sólo la falta de enfermedad, sino la capacidad de lucha individual y social para modificar las condiciones que limitan la vida" Codesedh Seminario 1985.

En la práctica diferentes grado de salud o enfermedad se manifestarán en distintas ocasiones dependiendo de las relaciones con el ambiente. Los resultados del sistema (estado de salud - enfermedad) también se perciben subjetivamente (por el comportamiento observable) y se puede medir en términos biológicos, psicológicos y sociales.

El considerar la salud como expresión del continuo accionar del hombre frente al universo físico, mental y social en el que vive, sin rehacer esfuerzos en modificar, transformar y crear aquello que deba ser transformado, nos lleva a pensar que el término **salud** es un concepto mucho más amplio que bienestar biopsicosocial, más que ausencia de enfermedad

Así podemos definirla como un proceso continuo que va desde un completo estado de salud hasta otro extremo de enfermedad y muerte con estados intermedios variables.

La Carrera de Licenciatura en Enfermería de la U.N.S.E (1998): *Define a la Salud como un proceso armónico y dinámico de interpelaciones e interdependencia entre lo biológico, psicológico, social, cultural y ecológico, a través del cual las personas buscan*

satisfacer en forma independiente sus necesidades fundamentales acordes a sus potencialidades en las distintas etapas de la vida.

La OMS define salud como “un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia de enfermedad o padecimiento” (OMS, 2001). Por lo tanto, las tres ideas que orientan el mejoramiento de la salud están basados en esta definición: la salud mental es una parte integral de la salud, la salud mental es más que la ausencia de enfermedad y la salud mental está íntimamente relacionada con la salud física y con la conducta; hay evidencia que indica que los trastornos mentales aumentan el riesgo de enfermedad física y viceversa.

SER HUMANO Enfoque Biopsicosocial

La concepción bio-psico-social del ser humano forma parte del pensamiento sistémico: una totalidad organizada por diversas entidades interrelacionadas e interdependientes entre si. Va en contra del reduccionismo, que considera las partes aisladas sin relaciones unas con otras.

Ejemplo de reduccionismo es esto: a menudo nos encontramos con afirmaciones como que cualquier acontecimiento dentro de un ser humano es considerado casi siempre y casi de manera exclusiva, de origen biológico. La homosexualidad, la locura, el carácter, la inteligencia, etc., son ejemplos a su vez de esta errónea aplicación reduccionista. ¿Porqué casi siempre intentamos encontrar todas las explicaciones de lo que nos pasa o de lo que somos en cuestiones genéticas o físicas? La realidad humana es muy compleja, cualquier circunstancia o acontecimiento hay que buscarlo al menos en esa interrelación bio - psico - social. La respuesta no es simplista ni unilateral, es compleja y multidimensional, incierta.

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 religioso** el hombre es de origen divino, una obra de Dios. Hecho a su semejanza. Un ser espiritual.

✓ **En lo biológico:** Como un organismo que funciona por procesos bioquímicos complejos que requiere ingesta, metabolismo, excreción, etc. Proporcionándole capacidad de lucha contra fuerzas nocivas; esto contribuye a su subsistencia logrando estabilidad o permanencia con el ambiente, otorgándole sus características de unidad biológica.

En el organismo ocurren además, procesos neuroquímicos que le dan energía y median entre el interior y exterior. Portador de la programación genética que ordena su funcionamiento y desarrollo.

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. Ser social que resulta de la programación social aprendida y consiste en la cultura de su mundo de la que se apropia el sujeto con el lenguaje, valores normas, usos, costumbres y roles, que constituyen la conducta social aprendida.

La naturaleza psicológica del hombre se basa en ese sustrato traducido en conceptos: mente, ideación, aprendizaje, afectos, procesos conscientes, preconscientes e inconscientes. Donde reside la característica esencial del ser humano. Centro referencial y coordinador de las actividades que es el yo y las formaciones centrales de la personalidad como la concepción del mundo, el concepto de si mismo, la autonomía o capacidad de pensar y actuar por si propio, la capacidad de crear, proyectar y de hacer proyectos de vida. Es lo que lo diferencia del resto de los animales.

Desde lo filosófico el problema del hombre siempre ha hecho referencia al problema de la "naturalidad", es decir de la "esencia", o 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.

Todos los aspectos se condicionan y potencian mutuamente.

Unas y otras dimensiones – biológicas, psíquicas, sociales, ambientales, se potencian y condicionan mutuamente formando una enmarañada red de relaciones dentro de una unidad común. Cada aspecto aislado y cada función concreta nacen y se organizan en torno a un objetivo común que afecta a la unidad y a la totalidad: la compleja vida del ser. Cada una de las partes, así como, las relaciones establecidas entre ellas, lo es en función de la totalidad. Aisladas, no son nada, pierden las cualidades de que disfrutaban en su tejido común e incluso, dejan de tener entidad, dejan de vivir. Cada función necesita de la participación conjunta de las demás funciones para realizar su propia y específica función. Una única función no tiene sentido en sí misma sino en cuanto va dirigida a la totalidad que es la vida global y entera de cada ser.

La sociedad, definida por las normas, costumbres, obligaciones, etc., no puede existir sin el psiquismo, y éste, sintetizado en la capacidad de pensar, tampoco puede existir sin el

cuerpo físico, formado por múltiples funciones diversas pero incapaces de llevarse a cabo de forma aislada. La función digestiva, por ejemplo, no puede desempeñarse sin las funciones circulatoria, respiratoria, endocrina, metabólica, etc., de igual modo que cada una de estas funciones necesita el concurso de todas las demás. La función nerviosa y cerebral forma parte también de ese entramado funcional. Del mismo modo, las funciones orgánicas no pueden ejercerse sin la participación de las nerviosas y cerebrales, sin las cuales, tampoco marcharían las funciones mentales ni la comunicación con los demás.

La alteración de una de estas funciones fisiológicas no solo modifica el funcionamiento de las otras, sino que también puede alterar, en alguna medida, las funciones psíquicas y las sociales. Otro ejemplo: una deficiencia en la circulación sanguínea cerebral, puede ser causa de entorpecimiento de las funciones sensoriales y mentales, por lo tanto, provoca también distorsiones en la comunicación con los demás. De la misma manera, los problemas en las relaciones con los demás afectan tanto al dominio psíquico, afectivo y cognitivo, como también al organismo, ya se manifieste con un dolor de cabeza, de estómago o por una aceleración del ritmo cardiaco. Similar análisis podemos realizarlo de cada órgano corporal y de cada función específica, sea esta del dominio físico, o pertenezca al psicológico o al social. La importancia y el papel de cada aspecto aislado, se manifiesta en cuanto ejerce su papel y sus relaciones con los demás. Pertenece a un sistema de relaciones.

PROCESO SALUD ENFERMEDAD

La salud es una constante preocupación de la humanidad. Sin embargo es difícil poder definir o explicar el concepto de salud. Desde hace tiempo se definía a la salud como la ausencia de la enfermedad. No es el mejor criterio ya que no se puede definir con una negación. El diccionario de la Real Academia Española define a la salud como “el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones”. Esta definición es muy amplia, poco precisa y cuantificable.

En gran parte de la historia el tema de la salud estuvo dominado por las enfermedades infecciosas. Con el correr de la evolución se originaron nuevas infecciones y otras fueron desapareciendo, sin mediar alguna medida preventiva.

Siguiendo a la evolución humana aparecen una serie de enfermedades que no tenía conexión con las infecciones y no eran transmisibles como el infarto de miocardio, la depresión, el cáncer y otras. A estas entidades se las denominaba “enfermedades de la civilización”. Pero estos cambios en la civilización también interferían en la evolución de las enfermedades infecciosas, produciendo modificaciones en sus patrones.

Corrientes colonizadoras, conquistas militares, guerras, todas traen aparejados consecuencias en el rumbo de las enfermedades infecciosas. Luego la industrialización, el

crecimiento demográfico, el abordaje indiscriminado sobre la ecología, los conocimientos científicos, las comunicaciones, la globalización económica han cambiado los parámetros en la salud, dando como idea que todo es un proceso dinámico y como expresa Buda: lo único constante es el cambio.

Muchas organizaciones y entre ellas la Organización mundial de la Salud (OMS) han tomado a la Salud como un derecho y así también se expresa en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en diciembre de 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ella expresa que todo hombre tiene derecho a conservar su salud y, en caso de que se enferme, a poseer los medios para curarse.

Definición de la OMS, ventajas y limitaciones.

La organización Mundial de la Salud define a la salud como: *“un estado completo de bienestar físico, mental y social”* y agrega: *“y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Cuando nos referimos al concepto de salud este debe incluir varios aspectos a saber: Objetivo: la definición debe mostrar un parámetro observable y comparable para poder tomarlo como patrón y relacionarlo con otros. Ejemplo: si presenta una hepatitis B que tenga el antígeno correspondiente.

Subjetivo: se refiere a lo que puede percibir el sujeto, que puede creerse no enfermo.

Capacidad funcional: una misma enfermedad puede afectar de distintas maneras a una persona. Un dolor puede pasar para algunas personas desapercibido y a otras lo inhabilita. Esto también lo debe reflejar la definición.

Teleológico: plantea a la salud como un instrumento para conseguir otros objetivos. Sin salud no hay trabajo, no hay desarrollo social ni bienestar familiar, ni amoroso.

En base a estos aspectos analicemos la definición de salud de la OMS

En la definición de la OMS se incluyen se incluye el aspecto subjetivo al incluir en una parte el estado completo de “bienestar” y tomando a la persona como un ser “biopsicosocial”.



Continuemos analizando los otros aspectos.

En su enunciado *“es el estado completo de bienestar.....”*, muestra a la salud como algo fijo, estático. La salud dista mucho de ser estática, la salud es un proceso en continuo cambio. La salud es un estado continuo de adaptación. Está influenciada por la biología, el medio ambiente, la cultura, la sociedad, los hábitos y otros factores que hacen a la constante adaptación del hombre en el medio.

Esta definición se ajusta a un modelo cartesiano que se sustenta en el paradigma biomédico, un paradigma convencional y reduccionista.

¿Qué podemos decir relacionado al aspecto objetivo?

Analicemos este concepto: “un completo bienestar físico...”. ¿Cómo definimos el completo bienestar?,

¿Cómo lo comparamos? ¿Cuál es el fin? Es lo mismo el bienestar que refiere una persona luego de realizar un ejercicio que el que refiere otro luego de consumir una droga? ¿Los dos están saludables?.

Por esto es difícil cuantificarlo y a la vez parece algo inalcanzable para la población (¿será por esto que lo llamamos pacientes?) y expresamos de esta manera que la salud es una incapacidad que se podría alcanzar algún día.



Muchos preguntan porque no se modifica la definición. Una respuesta puede ser porque el objetivo de la OMS es que todos los pueblos alcancen el máximo nivel de salud y lo tome más como meta o fin que como algo puntual y objetivo para cumplir. Este valor deseado permitiría mejorar las condiciones de vida de la población a medida se avanza en el intento de satisfacer las necesidades psíquicas, físicas y sociales.

ENFERMEDAD SEGÚN EL MODELO BIOMÉDICO. LIMITACIONES.

El modelo biomédico está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los datos de anatomía patológica.

Este modelo está influenciado por el pensamiento newtoniano-cartesiano.

La principal característica es su enfoque reduccionista, que explicaría este concepto con la teoría de que todos los aspectos de un organismo podrían entenderse reduciéndolos a sus constituyentes más pequeños y estudiando los mecanismos de interacción entre ellos.

Característica biomédico: las vemos en el siguiente gráfico

Fundamentos	Está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los datos de anatomía patológica (Richard Bright 1789-1858).
Fragmentado	El cuerpo del ser humano se concibe como una máquina, la enfermedad como un daño a la máquina y el médico el mecánico que la repara
Separa cuerpo y mente	Los concibe como cosas distintas para su estudio y tratamiento
Método analítico	La comprensión de la unión de las partes corresponde a un todo. Es posible formular leyes completas en cuanto a causalidad, efecto y magnitud.
objetivable	Todo debe ser medido, no hay lugar para la incertidumbre. Establece nuevas formas de clasificar las enfermedades y se deja de lado la especulación personal.
Enfermedad	Aquella dolencia que el médico puede reconocer, diagnosticar, clasificar y curar
Objetivo	Curar enfermedades, y no pacientes con enfermedades.
Modelo	Unicausal. La enfermedad se produce por una sola causa

Mediante este modelo se logró clasificar las enfermedades. Se obtuvieron avances en métodos diagnósticos.

Este enfoque deja afuera todo lo relacionado con la esfera psicosocial. La cultura, la religión los hábitos no tendrían participación en el proceso de salud enfermedad.

CONCEPTO DE UNICAUSALIDAD MULTICAUSALIDAD.

El espíritu humano, con su tendencia natural a buscar la verdad, siempre ha interrogado al mundo que lo rodea, tratando de descubrir las leyes que lo rigen. Esto ha llevado al hombre al concepto de "causa", es decir, de condición necesaria y suficiente para la presencia de un hecho.

El concepto de unicausalidad está relacionado al modelo biomédico, en el que la enfermedad es producida por una causa específica.

La **multicausalidad** o plurietiología se refiere a que las enfermedades están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo. Así como decíamos que en un primer momento las enfermedades que predominaban eran las infecciosas y de allí el surgimiento de la unicausalidad (agente etiológico-enfermedad) con la civilización y el desarrollo aparece el concepto de multicausalidad. En las enfermedades cardiovasculares, por ejemplo, intervienen múltiples causas: tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión, estrés, ambiente, etc.

LOS CONCEPTOS DE SALUD ENFERMEDAD A TRAVES DE LA HISTORIA

A lo largo del desarrollo de la humanidad el concepto de salud enfermedad ha tenido diversas significaciones.

Podemos ver como en la era paleolítica la concepción de **proceso salud-enfermedad era "mágica"**. En esta época los brujos tenían gran influencia y todo proceso anormal era atribuido a una causa sobrenatural. Otra figura importante en esta concepción era el sacerdote, quien como doctor espantaba los malos espíritus o el demonio que producían la enfermedad. Con la cultura griega se produjo el inicio de una visión **racionalista y naturalista** del cosmos y del hombre, alejada de la magia y las supersticiones míticas – religiosas. La salud era el bien máspreciado en la sociedad griega. Además, sin salud no podía haber belleza. Para los griegos antiguos, según Laín Entralgo, la enfermedad es desequilibrio, la desviación de la norma, y la cura pasa por un retorno a la naturaleza.

Apolo era el dios de las plagas y de la enfermedad, el que aparta y desvía el mal y que domina también la profecía y el oráculo; su hermana Artemisa era la protectora de los partos y del crecimiento de los niños. El principal dios curador fue Asclepio o Esculapio para los romanos, hijo de Apolo y padre de las diosas Panacea e Higea, personificadoras de la salud.

Empédocles de Agrigento (475- 435 a.C.) formuló la teoría según la cual todos los seres naturales están compuestos por una mezcla en proporciones variables de cuatro elementos de cualidades opuestas (agua, aire, tierra y fuego). Para él la enfermedad es el resultado del desequilibrio provocado por el exceso o defecto de alguno de estos elementos. Propone dos fuerzas invisibles como verdaderos motores del cambio: el Amor y la Discordia.

Hipócrates (nace hacia el 460 a. C.). Desarrolla su modelo bajo la influencia de la teoría de los cuatro elementos de Empédocles, llegando a una doctrina en la que todas las partes del organismo están compuestas por mezclas en proporciones variables de cuatro humores del organismo: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema o pituita.

Para un **hipocrático** lo importante es la armonía con la naturaleza y todas las enfermedades consisten en desórdenes de la naturaleza.

Tres de los principios terapéuticos empleados por los médicos hipocráticos son:

- 1.- “Primum non nocere” es preferible no hacer nada a empeorar la situación. La terapéutica hipocrática trató siempre de favorecer sin perjudicar, iba dirigida a todo el cuerpo enfermo y no a sus partes, y se ejecutó con prudencia.
- 2.- Se debe ir a la causa de la dolencia.
- 3.- Abstenerse de actuar ante las enfermedades incurables, aceptando la inevitabilidad de los procesos “fisiológicos”.

(Deténgase brevemente a analizar estos tres conceptos y si son vigentes o no)

La medicina hipocrática es el nacimiento de la medicina como un saber técnico, es el acontecimiento más importante de la historia universal de la medicina. La total elaboración de esta primera medicina científica, que llamamos medicina hipocrática, duró alrededor de trescientos años a partir del siglo VI a. C. Esta hazaña consistió en sustituir en la explicación de la salud y enfermedad todo elemento mágico o sobrenatural por una teoría circunscrita a la esfera del hombre y la naturaleza. Según Lichtenthaeler y Laín, constituye el origen de una concepción científica de la medicina universal, definitivamente liberada de la religión y la filosofía y establecida como un conocimiento técnico. Hipócrates usó los sentidos y la mente como los únicos instrumentos diagnósticos, creó la medicina clínica junto al lecho(klina) del enfermo.

El recurso terapéutico principal fue la dieta, *díaita*, expuesta en los tratados “Sobre la dieta” donde se describen las características, preparación e indicaciones de los alimentos, tanto para el enfermo como para el sano.

Otras figuras importantes

Platón (428-347 a. C.) en el Timeo menciona que las causas y origen de las enfermedades son el desequilibrio humoral, las influencias externas contra su orden, las alteraciones del aire y la desarmonía entre el alma y el cuerpo. Platón vive la dualidad alma-cuerpo en el que el cuerpo y su salud tienen un valor relativo, y a veces llega a ver el cuerpo como un objeto muy inferior al alma. Según Diego Gracia Guillén, Platón es el inventor de

una psicoterapia verbal rigurosamente técnica. Utiliza la purificación del alma por la palabra, una catarsis verbal (catarsis).

Aristóteles: afirma que el alma y el cuerpo se enferman juntos, y utilizó una psicoterapia basada en la catarsis verbal enérgica.

Galeno nació en Pérgamo, en el extremo occidental del Asia Menor, ciudad conquistada por los romanos.

Hace una síntesis de todo el saber anterior. El sistema fisiológico de Galeno dominó el pensamiento médico desde el siglo II al XVII. La obra de Galeno ha sido considerada como la máxima expresión de la Medicina antigua y el inicio de la Terapéutica racional.

Las enfermedades pueden ser debidas a la discrasia o desequilibrio en los humores constituidos del cuerpo o alteraciones por corrupción de un humor.

Hizo notar la importancia del conocimiento previo del enfermo en estado de salud, temperamento, régimen de vida, alimentación, época del año, condiciones ambientales, y recomendó un examen serio y detenido de todo el cuerpo. Galeno pone más importancia e intensidad en la intervención que Hipócrates. En la terapéutica no siguió a Hipócrates y aconsejó la abundante utilización de medicamentos. Para él los medicamentos, correctamente utilizados, son “manos de los dioses”. Fue nombrado médico de los gladiadores y de este trabajo procede la convicción de que la gimnasia debe incorporarse a la higiene dietética, bajo dirección médica.

Medicina en la Edad Media

La medicina del medioevo europeo recibió sus principales impulsos del arte terapéutico de Grecia y Roma. Se practicaban flebotomías, al igual que la uroscopia. La sangría artificial, la flebotomía fue recomendada ya por Hipócrates, como un remedio salvador para eliminar del cuerpo los malos humores, el conocimiento de los remedios vegetales, animales y minerales constituía ya en la edad media toda una ciencia.

De la preponderancia de uno de estos humores, proceden las diferentes disposiciones temperamentales, el triste melancólico, se haya dominado por la hiel negra; el tedioso flemático acusa el predominio del mucus. La enfermedad consistía en un deterioro de los humores y como no podía contemplarse el interior del cuerpo, había que inspeccionar la orina como mensajera del interior para indagar de ella las verdaderas causas de la enfermedad. El orinal constituyó durante siglos el medio principal para diagnosticar y prescribir la terapia consiguiente, en los grabados de la época se presenta incluso a Cristo, el médico del alma y del cuerpo, con un vaso uroscópico en la mano.

Pero aunque **Hipócrates** había desterrado de la ciencia médica a los antiguos dioses y malignos demonios, en la edad media cristiana, la maldad y los pecados de la gente y las mañas de Satán, el adversario de Dios, eran los culpables de las enfermedades y solo podía procurar la salud, la ayuda espiritual de la iglesia y la medicina de los santos.

Veamos como se realizaban interpretaciones a través del uroscopio (un vaso de orina): esta simbolizaba: en su capa superior, la cabeza; en la siguiente, el pecho; en la tercera, el vientre; en la cuarta, el aparato génito-urinario. Si cuando era sacudida, la espuma bajaba a la segunda región del líquido y sólo muy lentamente volvía arriba, significaba ello que los órganos del pecho eran el asiento de la enfermedad, pero si subía con rapidez era que la enfermedad se limitaba a la cabeza. Detengámoslos un instante en el 1300 y veamos cuales eran las recomendaciones que daba Guy de Chauliac para el médico:

“Es menester en cualquiera médico, primero haber ciencia, después uso y experiencia... Tercero que sea ingenioso y de buen juicio y memoria... Cuarto, que sea virtuoso, sea osado en las cosas seguras, temeroso en las peligrosas, huya de las malas curas, sea gracioso a los enfermos, a los compañeros amigable, cauto en el pronosticar; sea casto, templado, piadoso, misericordioso, no codicioso, no atesorador de dinero, (sino que) según su trabajo y según la facultad del enfermo y la calidad de la dolencia, tome sus salarios moderadamente.”

En la **Edad Media** el hombre era el responsable de su salud y podía por ello influir sobre la duración de la vida. Se daban distintos consejos: reforzar las fuerzas naturales por medio de los alimentos, así como las fuerzas espirituales a través de los buenos olores.

Siglo XVIII y XIX

En el paso de la forma de vida medieval a la burguesa con la aglomeración en los núcleos urbanos aumentan las enfermedades venéreas y cutáneas. Hay una mayor frecuencia de fiebre tifoidea en aglomeraciones urbanas todavía carentes de una adecuada higiene pública. Consecuencia de lo psicosocial, en las grandes ciudades, hay un gran porcentaje de afecciones histéricas.

Tomas Sydenham divide las enfermedades en agudas y crónicas. Las enfermedades crónicas son originadas por el régimen de vida del hombre, mientras que las agudas, en cuya sintomatología predominaba la fiebre, intervenían la influencia del medio ambiente sobre la especie morbosa, la localización del humor exaltado en la sangre, la constitución del enfermo y la mayor gravedad de los morbos agudos. Hay un notable auge de las enfermedades propias de la miseria suburbana, a la cabeza de ellas el raquitismo. Perduran a oleadas la peste, la viruela, fiebres exantemáticas, la malaria, las afecciones tíficas, la disentería, la influenza.

Por primera vez se habla de medicina social y se llevan a cabo logros importantes en salud pública y pasa a primer plano la idea de la prevención de enfermedades. Se habla de condiciones sociales como causa de enfermedad. Se mejoraron las condiciones higiénicas de las cárceles y hospitales y de la canalización de las aguas.

El filósofo y escritor Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) se enfrentó a los pretendidos avances de la civilización de su época y a los enciclopedistas que confiaban toda la felicidad del hombre en el progreso y la cultura y aboga por un retorno a la naturaleza y a la sencillez. Rousseau decía que el arte de la medicina de su época era peligroso y lo hace responsable de muchas muertes. Opinaba que la única parte válida o aprovechable del arte de curar son los cuidados o medidas destinadas a fomentar la salud.

La medicina actual

Muchos fueron los cambios producidos durante estos siglos en el concepto de salud - enfermedad. La medicina actual se ha tecnificado. Los estudios complementarios han invadido la práctica médica. Estas prácticas muchas veces dejan de lado el contacto del médico con el enfermo. Se ha avanzado en la adopción de modelos preventivos, pero todavía hace falta trabajar más en este campo y quizás tener bien arraigado lo que decía Thomas Alva Edison: "El doctor del futuro no dará medicinas, sino que interesará a sus pacientes en el cuidado de su estructura humana, en la dieta y en la causa y prevención de la enfermedad"

¿CUÁLES ES EL DESARROLLO DE LA HISTORIA NATURAL DE UNA ENFERMEDAD?

En la historia natural de la enfermedad reconocemos tres períodos:

Período prepatogénico: (de incubación o de inducción). Comienza con la exposición a los factores de riesgo, que pueden ser No modificables (edad, sexo, herencia) o Modificables (susceptibles de ser eliminados o por lo menos minimizados: hábitos de vida, enfermedades tratables que predisponen a otras enfermedades, etc). Puede ser corto como en el caso de las enfermedades infecciosas o de los accidentes, o largo como en el caso de las enfermedades degenerativas. Termina cuando se inician los cambios producidos por el agente etiológico.

Período patogénico: Comienza cuando se inician los cambios producidos por el agente etiológico, y en él se

Distinguen dos fases:

1. Fase presintomática: los cambios producidos por el agente etiológico aún no dan síntomas, aunque sí signos (clínicos, bioquímicos o histopatológicos).
2. Fase sintomática: aparecen las manifestaciones subjetivas de la enfermedad, aquellas percibidas por el paciente.

Periodo de Resolución: La historia natural de la enfermedad puede finalizar con varios sucesos, consecuencia del avance, detención o retroceso de las modificaciones por ella inducidas: curación con o sin secuelas, cronicidad o muerte.

Los niveles de prevención definen el momento de la historia natural de la enfermedad en que el terapeuta y el mismo paciente intervienen para modificarla en sentido favorable, entonces repasemos cuales son.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Primaria

Es el conjunto de acciones destinadas a impedir la aparición o a disminuir la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad. Se actúa durante el período prepatogénico, modificando los factores de riesgo (cambios en la dieta, prescripción de ejercicio, uso de cinturón de seguridad en el automóvil, etc.) o previniendo la acción del agente etiológico (inmunizaciones, potabilización del agua, etc.). Podemos dividir a estas acciones en dos clases: promoción de la salud (acciones sobre el individuo) y protección de la salud (acciones sobre el medio ambiente).

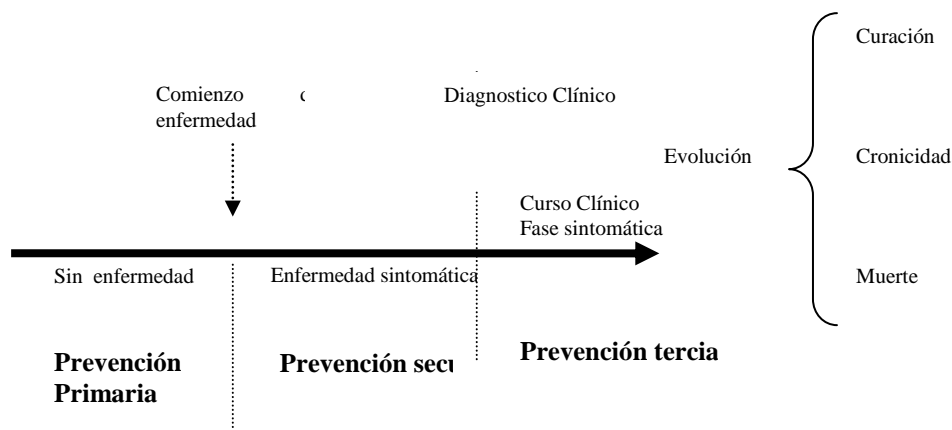
Secundaria

Consiste en acciones destinadas a detener la evolución de la enfermedad durante la fase presintomática. Son fundamentalmente las llamadas pruebas de rastreo o screening, que ya veremos más adelante. Permiten la llamada detección precoz, que con frecuencia pero no siempre va acompañada de menor morbimortalidad si se realiza el tratamiento precoz (en ambos casos “precoz” se refiere a diagnóstico y tratamiento durante esta fase presintomática).

Terciaria

Se define como el conjunto de acciones que intentan modificar favorablemente la evolución de una enfermedad en su fase sintomática aguda, crónica, o de sus secuelas. Incluye el tratamiento y la rehabilitación de una enfermedad y de sus secuelas, disminuyendo o impidiendo la progresión de las mismas, mejorando la calidad de vida y retardando la muerte del paciente.

Resumimos la historia natural de la enfermedad y los niveles de atención en la Figura 1: Historia natural de la enfermedad. Niveles de prevención



EL CONCEPTO ACTUAL DE SALUD Y ENFERMEDAD. PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

Los fenómenos de salud son dinámicos. Cuando hablamos acerca de la definición de salud de la OMS dijimos que mostraba un modelo estático. La salud y la enfermedad no son los puntos extremos de una recta.

Salud y enfermedad son diferentes grados de adaptación del hombre frente al medio, los modos y estilos de vida son influidos y su vez influyen en la actividad del hombre como ser social.

Los fenómenos de salud ocurren dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y viven en forma organizada en una sociedad que transforma continuamente el ambiente. Al encontrar estos determinantes el concepto de salud debe incluir dimensiones individuales, sociales y ecológicas del ser humano. En este constante cambio y en la búsqueda de un equilibrio entre el hombre y el ambiente giran los conceptos de salud- enfermedad. Y como es muy dinámico podemos hablar con más propiedad si lo llamamos "proceso salud enfermedad". No hay un punto límite exacto entre ellos.

Este concepto no se puede abordar desde la enfermedad solamente ya que esta va a afectar de manera diferente al individuo. No hay abordaje de enfermedades sino de enfermos. En 1977 Engel critica el modelo médico tradicional por sus planteamientos reduccionistas y mecanistas y los califica de dogma y surge el concepto de modelo biopsicosocial. Este modelo permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad. Desde cualquiera de estos determinantes puede surgir un problema, y a su vez afectan a los demás.

Modelo medico	Modelo biopsicosocial
<p>Está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los datos de anatomía patológica (Richard Bright 1789-1858).</p> <p>Aborda integralmente al paciente en los aspectos biopsicosocial. (G. Engel 1977)</p> <p>El cuerpo del ser humano se concibe como una máquina, la enfermedad como un daño a la máquina y el médico el mecánico que la repara</p>	<p>Aborda integralmente al paciente en los aspectos biopsicosocial. (G. Engel 1977)</p> <p>El hombre interactúa con el ambiente y surgen los problemas ante la pérdida del equilibrio</p>
El cuerpo y la mente son concebidos como cosas distintas para su estudio y tratamiento	Abordaje integral
El cuerpo y la mente son concebidos como cosas distintas para su estudio y tratamiento	Siempre debe tenerse en cuenta el contexto. Las afirmaciones parciales no se pueden generalizar. La salud y la enfermedad son un continuum
La comprensión de la unión de las partes corresponden a un todo Es posible formular leyes completas en cuanto a causalidad, efecto y magnitud	Siempre debe tenerse en cuenta el contexto. Las afirmaciones parciales no se pueden generalizar. La salud y la enfermedad son un continuum
Todo debe ser medido, no hay lugar para la incertidumbre. Establece nuevas formas de clasificar las enfermedades y se deja de lado la especulación personal	<p>No existe un observador objetivo y prescindente.</p> <p>La presencia del observador altera al fenómeno de una manera no determinable. Es imposible conocer cuando comienza un fenómeno Es imposible con de incertidumbre se extiende hasta en el instante inicial.</p>
Aquella dolencia que el m hasta en el instante i diagnosticar, clasificar y curar	El diagnóstico incluye tanto aspectos biológicos como emocionales, culturales y más ampliamente psicosociales.
Curar enfermedades, y no pacientes con enfermedades	Abordaje integral. Esto implica además manejo de las relaciones medicas, paciente y familia
Unicausal. La enfermedad se produce por una sola causa	Multicausal. La causalidad de todo fenómeno es múltiple

Las críticas principales al modelo biomédico son el reduccionismo biológico, es decir, la exclusión de otros factores que los orgánicos para explicar la génesis de las enfermedades; su a-historicidad, o sea, el presentar a las enfermedades como hechos exclusivamente naturales despojándolos de su categoría de hechos socio-culturales, y por ende históricos; su a-socialidad, entendida ésta como esa concepción que “define al acto médico como acto técnico más que como acto social” dejando así de lado los determinantes del proceso de enfermar que provienen de la clase social, las condiciones educacionales, la cultura, etc., tanto del paciente como del médico.

Desde la perspectiva antropológica de la medicina, la enfermedad debe ser considerada como un acontecer humano que compromete a la totalidad del hombre y modifica las relaciones entre el individuo y su medio.

El Dr. José León explica que la salud es un problema social y político, cuya solución pasa necesariamente por la participación activa y solidaria de la comunidad. Los determinantes de salud son múltiples e interaccionan entre sí, al tiempo que los factores biológicos son susceptibles de ser modelados por la acción de variables sociales y psicológicas que pueden facilitar o inhibir la eficacia de determinados agentes patógenos.

La predisposición genética que pueda tener un individuo se ve modificada por los factores ambientales y socioculturales a la hora de expresarse o no.

En la actualidad la Medicina Social se presenta como una corriente de pensamiento distinta al modelo biomédico para estudiar el proceso salud enfermedad colectivo, ya que plantea puntos distintos al de epidemiología o la salud pública. El carácter específico de la Medicina Social se establece en el reconocimiento de que la salud enfermedad para su estudio, utiliza marcos analíticos de las ciencias sociales, interpretando a la sociedad y su historia.

¿Cómo podemos aplicar el modelo biopsicosocial en la práctica diaria?

Para explicarlo veamos algunos puntos importantes para aplicar el modelo biopsicosocial en el trabajo diario:

- ◆ Implementar en la asistencia un clima emocional terapéutico.
- ◆ Diferenciar entre demanda y necesidades de salud.
- ◆ Evitar focalizarse hacia lo biológico o lo puramente psicosocial.
- ◆ Enfoque integral del paciente o sea biopsicosocial.
- ◆ Manejar la incertidumbre pero con un criterio propio.
- ◆ Abordar al paciente desde los riesgos individuales, estableciendo estrategias de promoción y prevención de la salud.
- ◆ Actuar terapéuticamente aun cuando sólo sean posibles medidas paliativas, integrando lo psicosocial con lo biológico.
- ◆ No considerar a determinados pacientes como “casos cerrados”

¿Cuáles son las barreras habituales para poder implementarlo?

Se ha observado reiteradamente que cuando un médico ha sido formado en el modelo biomédico y comienza a aplicar el modelo biopsicosocial, comienza a infravalorar los problemas biológicos, focalizándose sobre lo psicosocial.

Veamos cuales son las barreras que encontramos para aplicar este modelo:

Barreras en la formación profesional.

Vencer la tendencia a la subespecialización.

Mantener un constante progreso profesional tanto técnico como humano.
Evitar focalizaciones al momento de elaborar hipótesis diagnósticas.

Barreras en el equipo de atención primaria.

Integrar distintos perfiles profesionales alrededor del paciente y no en base al médico, capaces de complementarse en la dimensión biopsicosocial.

BIBLIOGRAFÍA

- Constantinidi, M. B. **Apuntes de la cátedra de Psicología Evolutiva**. Facultad de Humanidades, Ciencia Sociales y de la Salud, Universidad Nacional de Santiago del Estero, 2010.
- Cook J. Fontaine K. **Fundamentos de enfermería en Salud Mental**. Editorial Interamericana. Ed. 1993.
- Chaves, María Enriqueta, **Recopilación bibliográfica Cátedra Enfermería en Salud mental**, Carrera Licenciatura en Enfermería, Universidad Nacional de Santiago del estero, 2012
- Delgado, Josefa “ **Intervenciones del personal de Enfermería en Atención primaria de la salud**” Carrera de Licenciatura en Enfermería, UNSE, Fundación para el Desarrollo de la Enfermería de España y Ministerio de Salud, Santiago del Estero, Argentina 2.007
- Fornes Vives, J. y Carballal Balsa, M. C. **Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica. Guía de valoración y estrategias de intervención**. Ed. Panamericano. España 2001.
- KÉROUAC, S. Y COL. El pensamiento enfermero. Masson. Barcelona 1.996

- KOZIER, B. Y COL. Fundamentos de Enfermería, Conceptos, procesos y prácticas, 7º Edición, Editorial Interamericana, Vol I Madrid España, año 2005.
- LUIS RODRIGO, M. T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía practica. 3ª Edición. Masson. Barcelona, 2004.
- Pichón Riviere, E. **Diccionario de términos y conceptos de Psicología y Psicología Social**. Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1997.
- Rigol Cuadra, Assumpta, Ugalde Apalategui, Mercedes, **Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica**, 2º Edición, Barcelona, España, 2001.
- Sheives, L. R. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Mc. Graw Hill Interamericana. 6ª Ed. España 2007.

LOS CUIDADOS DE LA PERSONA COMO NÚCLEO DE LA PROFESIÓN ENFERMERÍA.

Conceptualización y evolución del cuidado enfermero.

Material elaborado por: Lic. Osbaldo Oscar Peralta



Naciste, creciste y te desarrollaste gracias a un gran número de cuidados que te prodigaron tus seres queridos, como así también, a través de acciones que llevas a cabo tú mismo y que a diario brindas a otros.

Si analizamos este componente sustancial de la disciplina enfermera (el cuidado), podemos afirmar que “Los cuidados son un conjunto de acciones, prácticas, conscientes, inconscientes y afectivos que tienen como finalidad más primaria la supervivencia y mantenimiento de la especie” . (Benavente, 2003)

En este encuentro se comenzará a trabajar el tema **Cuidado**. Presta mucha atención a la exposición del docente, y realiza tus aportes. Es muy importante tu **PARTICIPACIÓN** para que aproveches y despejes todas tus dudas. Por eso debes realizar todas las actividades que fueron programadas para facilitarte el aprendizaje.

Recuerda: El principal protagonista de este proceso de Enseñanza y aprendizaje eres **TÚ**

Actividad Individual

Para el desarrollo de esta actividad te proponemos realizar:

- Lectura comprensiva del tema: “**Los cuidados de la persona como núcleo de la profesión de enfermería**” A través de la lectura comenzarás a entender el objeto primordial de la profesión de enfermería: **los cuidados**.
- Confeccionar un listado de por lo menos 10 (diez) acciones de auto-cuidado que realizas diariamente y otras 10 (diez) acciones de cuidado que recibes de otros.
¡Anímate! Luego de la lectura te resultará mucho más fácil realizar la actividad.

Realiza aquí tu listado

AUTOCUIDADOS	CUIDADOS RECIBIDOS
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10

Un consejo: prepara tu producción individual por que la vas a necesitar. Suerte!!!

Actividad Grupal:

- a) Conformen un grupo de trabajo. No más de 10 personas. **Presentar** a su grupo su producción individual.
- b) Elaborar un ranking con las acciones de cuidado que más se repitan. ¿Coinciden con las acciones propuestas por sus compañeros? Felicitaciones!!!. ¿O no coinciden?, no se asusten, ya se aclarará cuando, el docente los convoque para la presentación lo producido en clase

Recuerda: debes preguntar todo lo que no entiendas.



LOS CUIDADOS DE LA PERSONA COMO NÚCLEO DE LA PROFESIÓN ENFERMERÍA

“Cuidar es desarrollar las capacidades de vivir”

Marie Collière

Material adaptado por: Lic. Osbaldo Oscar Peralta

INTRODUCCIÓN



Las personas diariamente llevamos a cabo actividades de cuidados dirigidas a satisfacer las necesidades básicas (comer, beber, respirar, descansar, etc.) para nosotros y para quienes de nosotros dependen: niños, ancianos, enfermos incapacitados, etc.; motivados por la capacidad de ayudar que nos caracteriza.

En sus formas más primarias, estas actividades son *innatas, instintivas e intuitivas*, consisten en actos y actitudes que no son reflexivas ni aprendidas, o que aun 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 cuidado se basa en percepciones sin razonamiento, que no tienen finalidad concreta. No obstante lo que caracteriza a los cuidados humanos es que cuando se hacen visibles, son acciones conscientes y buscan el bienestar.

En síntesis, podemos afirmar que las capacidades de las personas para el cuidado son innatas, pero tienen forma de expresión y abordajes culturales que se van desarrollando y conformando en los procesos de aprendizaje.

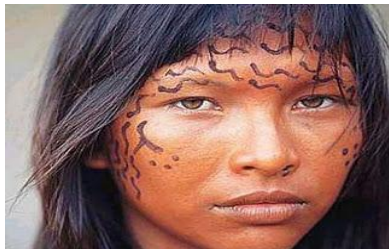
Colliere (1993) sostiene que Cuidado Es un acto individual, dado por uno mismo y para uno mismo, en el momento en el que la persona adquiere autonomía, es decir cuando llega a un determinado grado de madurez para llevarlo a cabo” lo que podríamos denominar autocuidado (cuidados personales) y cuando lo ofrece a sus allegados adopta la forma de cuidados informales.

Los Cuidados Personales

Según Collière "Los cuidados personales son fundamentales para la vida, la evolución, y la salud de las personas. Representan un conjunto de actos que tienen como finalidad y 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.

El cuidado personal es un término al que se le atribuye un valor cargado de sensaciones y sentimientos que hace que cada persona tenga su propia idea de los cuidados que necesita, como de las diversas acciones y condiciones (biológicas, psicológicas, sociales, etc.) para percibirlos como buenos.

Las necesidades de cuidados están presentes en forma constante, a lo largo de toda la vida de las personas, es por ello que se hace necesario relacionar a las mismas con los procesos de la naturaleza, la vida, el crecimiento, la muerte. Todo esto confiere a las acciones de cuidado 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 y Henderson opinan que aspectos de la persona como edad, sexo, situación económica, estado de salud, sistema de relaciones sociales, etc., son 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 cuidado forman parte de la forma de vida tradicional de cada persona y tienen:

- *Una dimensión biocultural*, es decir, que poseen una base biológica porque satisfacen necesidades físicas. Para ello se requieren de capacidades y actitudes biofisiológicas que permitan su realización y contribución al funcionamiento humano.

- *Una base social y cultural* ya que satisfacen necesidades psicosociales y 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.



Los cuidados personales como prácticas aprendidas.

Los cuidados son, prácticas humanas universales, cuyo objetivo es la cobertura de una serie de necesidades indispensables y que son comunes a todas las personas.

Las prácticas culturales modelan e impregnan los cuidados con valores vigentes en el tiempo y en el espacio, y es así como se promueven unos y se descartan otros. Cada persona desarrolla e incorpora formas específicas de cuidado, condicionados por valores culturales, a través de *procesos de enculturación* en su grupo de referencia. Esto hace que los integrantes de un mismo grupo social tengan valores y comportamientos de cuidados parecidos.

La evolución biológica humana determina cambios en la capacidad para cuidarse, pero estas variaciones son menos significativas y sorprendentes que las variaciones culturales.

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 Colliere, 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 maneras particulares de cuidar de sí misma y de quienes dependen de ella.

Los valores son importantes porque determinan los hábitos de cuidado y 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; ellas 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 aprenden en sus grupos.

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 requerimientos están sistemáticamente relacionados con vivencias, experiencias y patrones culturales.

Por consiguiente, es fundamental que el Profesional Enfermero considere las costumbres de las personas que van a recibir los cuidados, ya que tienen un significado especial para su bienestar y es valorado positivamente por ellas. Por otro lado, para el Profesional Enfermero, la satisfacción de las personas que reciben los cuidados, significa el verdadero logro de los objetivos de cuidados.

Cuidados informales

Cuando la persona todavía no ha alcanzado el nivel de maduración biológica y psicomotriz necesaria, como ocurre en las primeras etapas de la vida, o cuando pierde o no tiene fuerza o habilidades, como ocurre en la vejez o por causa de alguna enfermedad o discapacidad encuentra en su grupo de referencia, es decir las personas cercanas significativas, el apoyo y el suministro de los cuidados que requiere, denominados cuidados informales. (Francisco y Mazarrasa, 1997)

El cuidado informal es el que sustituye al cuidado personal dentro del entorno habitual, cuando la persona no puede realizarlo por sí misma.

Una gran parte de los cuidados de salud se ofrecen en el ámbito familiar y habitualmente por parte de las mujeres, por razones de distribución de roles en la sociedad.

Cuando se depende de otra persona para satisfacer las necesidades de cuidado, adquieren suma importancia el respeto, el afecto y la empatía con los que son brindados. Es importante que quien reciba los cuidados, esté involucrado en las decisiones sobre los mismos ya que de esta manera, mantiene el protagonismo sobre su propia salud y su vida. Desde esta perspectiva, se fundamenta la idea de lo importante que es implicar a la persona en su propio proceso de cuidados cuando requiere ayuda.

La persona que necesita ayuda para cubrir sus necesidades de cuidado y encuentra esta ayuda en su círculo de personas significativas, fácilmente puede encontrar satisfacción, 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.

El asumir la responsabilidad de brindar cuidados informales, requiere en primer lugar, la disponibilidad y aceptación del rol de "hacer para otra persona". El cuidar de otro exige que la *cuidadora informal* cuente con información y conocimientos sobre el proceso de salud y de cuidados que requiere la persona a la que ayuda, que le permitan actuar con seguridad.

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.

Entre los **aspectos positivos** podemos destacar lo siguiente:

- ✓ Producen satisfacción en el cuidador y en la persona cuidada.
- ✓ Fortalecen las respuestas humanas que mejoran la salud.

- ✓ La persona cuidada adquiere más fácilmente hábitos de vida saludables, acepta y/o, se enfrenta mejor a la enfermedad y al tratamiento aumentando las posibilidades de recuperación de la salud y la capacidad de adaptarse a las limitaciones.
- ✓ Facilitan la incorporación de medidas especiales de cuidados a las actividades de la vida diaria y la aceptación del proceso de morir.

Entre los **aspectos negativos** para el cuidador podemos identificar 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 son más complejas que los modos habituales de cuidar.

En diversos trabajos de investigación sobre este tipo de cuidados se pone de manifiesto que dedicarse al cuidado de otros:

- ✓ reduce el tiempo de ocio
- ✓ produce cansancio
- ✓ priva de vacaciones y relaciones con amigos
- ✓ deteriora la salud, tanto desde el punto de vista físico (cansancio, alteración del sueño, alimentación, etc.), como desde el punto de vista psicológico (depresión, inseguridad, decaimiento, etc.), y social (aislamiento, pérdida de relación, etc.).
- ✓ limita el trabajo
- ✓ provoca el descuido de otras personas y de uno mismo
- ✓ influye negativamente en la economía
- ✓ provoca conflictos en la pareja.

Por esto, *la cuidadora informal* debe ser considerada como objeto de interés y de cuidados por parte del profesional de enfermería.

Reconociendo la importancia de los cuidados informales para la salud de las personas que atiende, es por ello, que la cuidadora informal, se convierte también en el punto de atención junto con la persona enferma.

Por todo lo antes expuesto se debe valorar las necesidades de cuidados que tiene la persona que precisa la ayuda, y contrastarla con los conocimientos, capacidades, habilidades interpersonales y disponibilidad de quien va a ofrecer esa ayuda, de manera que se asegure su realización con satisfacción para ambos.

La/el cuidadora/or informal debe recibir el apoyo, ayuda, enseñanza, etc. del profesional enfermero en todo lo 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 autocuidado y se sitúe en condiciones de salud óptima, que también van a repercutir en los cuidados que ofrezca a quien depende de ella.

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

Los cuidados de salud

La sociedad se ha estructurado para que cuando la persona no pueda cuidarse, ya sea porque sus capacidades están disminuidas o bien porque los cuidados que requiere precisan de conocimientos y tecnología especializados, haya un grupo preparado (equipo sanitario) que ofrezca esos cuidados, como un servicio esencial y con la garantía, seguridad y calidad requeridas.

Kottak (1997) sostiene que “Todas las sociedades tienen sus propios sistemas de cuidados de salud, sus creencias, costumbres y técnicas destinadas a conseguir la salud y prevenir, diagnosticar y curar las dolencias”. Para este autor, considerar los valores de cada lugar, en cada momento, es fundamental a la hora de abordar su tratamiento.

Por ello podemos decir que:

Los cuidados de salud son actividades cognitivas (es decir procesamiento y capacidad de pensar y conceptualizar simbólicamente). Se basan en conocimientos que se contemplan desde una visión multidimensional (factores culturales y socioeconómicos); se desarrollan y varían a largo del tiempo y se llevan a cabo con el fin de estar bien. Por ejemplo, hay ciertas creencias y costumbres sobre el orden en que se deben comer ciertos alimentos para que repercutan positivamente sobre la salud. Este orden puede cambiar en diferentes lugares o culturas.

Asimismo, este tipo de cuidado es entendido 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. Son necesarios a lo largo de toda la vida y en todas las condiciones de salud.

Orem describe los cuidados de acuerdo a la finalidad que tengan para la salud de la persona: de prevención primaria, prevención secundaria y de prevención terciaria.

Para Colliere 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.

Finalidades de los cuidados de salud.

Los cuidados contribuyen a la salud de las personas en la medida que influyan positivamente en el funcionamiento integral, y este funcionamiento depende de la buena actividad interrelacionada de los diferentes órganos y sistemas que a su vez están 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 eliminación, actividad, etc.

Las necesidades de cuidado y las formas de abordarlas están condicionados por el propio desarrollo evolutivo (infancia, adolescencia, adultez, 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 internado 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 requiere y a la forma de satisfacerlos.

Dependiendo del estado salud-enfermedad los cuidados van a tener diferentes finalidades:

- ***Cuidados para mejorar y/o mantener la salud***

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

- ***Cuidados orientados a recuperar 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 esta experimente cambios relacionados con la satisfacción de sus cuidados de salud:

- Cambian y/o se condicionan las necesidades habituales de cuidado, aparecen nuevos requerimientos de cuidados.
- Se requiere de formas y modos 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 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 cuidado.

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 situación 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”.

Por otra parte, el/la enfermero/a debe 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 áreas que están afectadas por la enfermedad como en las que funcionan con normalidad.

Los cuidados de salud son importantes, ya que son 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 le genera su enfermedad, lesión o la discapacidad; 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.

- ***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 (por ejemplo hiper o hipoglucemia) y también pueden sufrir alteraciones derivadas de las complicaciones que afectan 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 las personas y satisfacer todas ellas, de lo contrario, podrían aparecer complicaciones con graves consecuencias para la salud y el bienestar de la persona.

- ***Adaptarse a la enfermedad***

A veces la resolución de la enfermedad no es posible (procesos crónicos), en este caso, 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 el equilibrio hidro - electrolítico, o los relacionados con el mantenimiento de las posturas adecuadas que precisa alguien que padece una hemiplejía. En estas situaciones los cuidados evitan también complicaciones derivadas de la enfermedad.

La finalidad de los cuidados de salud, cuando se padecen procesos crónicos, está en que la persona los incorpore a su vida cotidiana con la mayor naturalidad posible, de manera 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 imponen la enfermedad crónica.

Existen muchas enfermedades crónicas que requieren cuidados específicos a los que se suman restricciones en los mismos, esta situación puede producir en la persona sensaciones de hastío, cansancio, etc., que le llevan a abandonar las prácticas necesarias. La persona en estas situaciones requiere de *apoyo y estímulo* que exijan 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 los cuidados que requieren 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. Lo que origina a 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 los cuidados 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.

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 es este estado, hay una serie de aspectos comunes a este estado, hay una serie de aspectos comunes a todos los cuidados.

Cuando la persona no es capaz de proporcionarse autocuidado y tampoco lo son las personas significativas, porque requieren de conocimientos, tecnología y un entorno

especial, debido a que corre riesgo la vida de la persona, son necesarios los cuidados profesionales: los cuidados enfermeros.

Cuidado Enfermero

“La esencia de la Enfermería es el cuidado, es la esencia de su quehacer cotidiano”.



El Cuidado ha sido definido y conceptualizado por diversas teóricas, a continuación se cita algunas de ellas:

“Acciones que realiza la enfermera y que tienen como finalidad tratar de resolver problemas

que se interponen o influyen en la calidad de vida de las personas (Suárez de Sarmiento, Beatriz 2006).

Para K erouac, Susane (2001) *El cuidado se dirige a la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que en continua interacci3n con su entorno, vive experiencias de salud.*

Colliere F. (1993), ha profundizado en los cuidados y el cuidar. En sus escritos habla de que las/os enfermeras/os deben aprender a pasar de un oficio a una profesi3n.

Esta autora define:

Cuidados como un *“Conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por funci3n mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo”.*

Cuidar como *“Mantener la vida asegurando la satisfacci3n de un conjunto de necesidades indispensables que son diversas en sus manifestaciones”.*

El ser humano está creado para cuidar y ser cuidado, necesita cuidar a otro para desarrollarse en el sentido ético, también necesita ser cuidado en diferentes etapas para poder hacer frente a las barreras de la vida y alcanzar la plenitud.

Colliere M., pone en relaci3n los términos *“poder y cuidar”*, nos dice que poder originariamente significa *“ser capaz de”*, *“que todos hemos desarrollado un conjunto de capacidades que hacen que seamos capaces de respirar, alimentarnos, vestirnos, comunicarnos”* etc.

Ella sostiene *“que estas capacidades adquiridas en parte gracias a la habitualidad de cuidados, nos permiten desarrollar y sostener nuevas aptitudes, como crear algo, aprender a leer, relacionarnos con un medio más amplio que el familiar”.* Así pues, *“cuidar consiste en liberar las capacidades que otro ser humano tiene”.* *“Los cuidados y la forma de cuidar contribuyen a aumentar o a reducir el poder de existir”.*

Continúa hablando sobre el poder liberador de los cuidados de enfermería: *“Un poder es liberador cuando, apoyándose en las fuerzas y capacidades presentes, libera otras*

posibilidades o permite que las capacidades existentes se desarrollen, o simplemente que se utilicen". De alguna manera éste párrafo parece dar continuidad a la propuesta de Nightingale, si ella propone que la enfermería ha de colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe, que mejor manera de hacerlo que posibilitando que el paciente desarrolle esas capacidades que tiene.

El cuidado comprende aspectos cognoscitivos, técnicos, afectivos, actitud y compromiso de quien lo proporciona, pero además es de especial importancia el significado del cuidado para quien lo otorga y para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue. Por lo tanto, la práctica de enfermería implica *crear un cuidado* que recurra a diversos procesos como son: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Con frecuencia el cuidado pasa desapercibido o es invisible como lo señala Colliere, el hecho de cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles, sin embargo estas son fundamentales para la persona que vive una experiencia de salud- enfermedad.

Marie Francois Colliere ("*mari fransua colier*") Enfermera francesa de reciente desaparición (en Enero de 2009), quien dedico su vida no solo a cuidar de los enfermos, sino a redactar textos que definen muchos de los derechos de éstos, así como para la formación de enfermeras en todo el mundo.

La práctica de la enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona.

Ni los cuidados de la persona ni los cuidados enfermeros pueden aislarse del contexto del que tiene lugar, la persona con su entorno y un estado de salud determinado que influyen en su globalidad.

Resumiendo podemos expresar que:

Los cuidados enfermeros son cuidados profesionales que ofrece el profesional enfermero a las personas que lo necesitan, deduciendo que estas personas tienen un entorno y un estado de salud que condicionan sus necesidades de cuidados especiales , requiriendo formas específicas y condicionan su satisfacción.



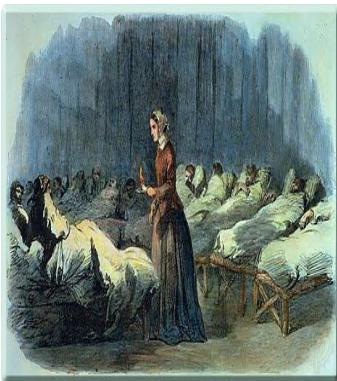
Comprender los cuidados desde el valor cultural que tiene cada persona o grupo, confiere al profesional enfermero un papel importante como agente enculturador de las personas y los grupos en materia de cuidados, tanto para ayudar a satisfacer las necesidades de los mismos como en la adquisición de nuevas formas de satisfacción.

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

- *Culturizar los cuidados*, en el sentido de enseñar hábitos de cuidados que lleguen a ser hábitos de vida saludables de manera que la persona los incorpore a su cotidianidad con la influencia positiva para mejorar la salud, recuperarla cuando se la 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. Solo es posible cuidar a una persona si se conocen y respetan los significados y las dimensiones que para ella tienen los cuidados que necesita.

Evolución del Cuidado Enfermero

El primer intento de sistematización de la noción de cuidado se ubica en el Siglo XIX, con el trabajo de Florence Nightingale, en su obra “Notas sobre Enfermería”, donde se refiere a las técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos.



Para Nightingale *“Cuidar es un arte y una ciencia que exige una formación formal y el papel de la enfermera es poner al sujeto en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”*. Es necesario recordar que el siglo XIX se caracterizó en el área de salud por la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas lo que ayuda a comprender la importancia en el medio ambiente y la influencia de la naturaleza expresada por Nightingale.

Después de Florence de Nightingale las enfermeras han seguido preocupándose por ésta cuestión y reflexionando sobre el cuidar y los cuidados, es así como a mediados del siglo XX se inicia la tarea de sistematizar los cuidados de enfermería, con el propósito de encontrar el método que permita estimar la calidad de las intervenciones de enfermería; naciendo así, el PAE, producto de la corriente reflexiva que dio lugar a los Modelos y teorías de Enfermería

Catalina García Martín-Caro y col, han dividido la evolución histórica de los cuidados enfermeros en cuatro etapas: la doméstica, la vocacional, la técnica y la profesional. Analicemos, someramente, cada una de ellas.

La Etapa Doméstica abarca los Tiempos Remotos, las Sociedades Arcaicas Superiores (Babilonia, el Pueblo Hebreo, Egipto, la India, China y el Nuevo Mundo) y el Mundo Clásico (Grecia Antigua y Roma). En este periodo los cuidados están centrados en lo que es el mantenimiento de la vida, frente a las difíciles condiciones del medio. La figura que desempeña esta labor es la mujer, como madre de familia y como aglutinadora de todo lo que tiene que ver con el hogar. Los elementos empleados son los básicos: la promoción de la higiene y unas adecuadas alimentación y vestido.

La Etapa Vocacional comprende el inicio del Mundo Cristiano, la Edad Media y el Mundo Moderno (siglos XVI, XVII y XVIII). El calificativo vocacional se asocia con el nacimiento de la religión cristiana: el enfermo, el que sufre, es un elegido de Dios y, quien lo cuida, también se consagra a él. En esta época, los conocimientos teóricos eran casi inexistentes y los procedimientos aplicados muy rudimentarios. Lo importante era la actitud mostrada, centrada en la caridad, la sumisión, la religiosidad y la obediencia.

La Etapa Técnica engloba el Mundo Contemporáneo (siglos XIX y XX), haciendo especial hincapié en la nueva concepción de la enfermería y en el inicio de la profesionalización del cuidado. La salud ya no se entiende como una gracia de Dios, sino como el fruto de la lucha contra la enfermedad. El gran desarrollo científico y tecnológico de este periodo propicia la aparición de un personal que asumirá algunas de las tareas que hasta entonces realizaban los médicos. Por otro lado, la separación de los poderes religioso y político, permite el inicio de la profesionalización.

La Etapa Profesional, por último, aborda cómo se ha desarrollado y consolidado la profesionalización de los cuidados, centrándose posteriormente en el campo de actuación y en la disciplina enfermera en el momento actual.

En el proceso de conceptualización del cuidado diversos autores han identificado dimensiones como *la interacción, la participación, el afecto y la ética* como esenciales en el acto de cuidar; en este marco abordaremos puntualmente las tres primeras dimensiones, ya que la última fue analizada con anterioridad cuando se abordaron los aspectos éticos

➤ **La Interacción.**

Los autores que han abordado el concepto de interacción como elemento esencial

en el cuidado de enfermería, asocian en sus teorías algunas características como empatía, respeto, responsabilidad, comunicación, reciprocidad, relación de ayuda, compasión y apoyo. De acuerdo con ellos, la interacción se entiende como el intercambio de sentimientos, pensamientos, acciones y experiencias entre el profesional de enfermería y el paciente, en la cual se ejerce una influencia recíproca con el objeto de lograr una intervención terapéutica de calidad.

Por ejemplo para Virginia Henderson (1994), el proceso de cuidado de enfermería no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con el paciente; es necesario que se establezca una relación significativa en la que la enfermera debe adoptar actitudes de respeto, comprensión, empatía, autenticidad y consideración positiva.

Las características de la interacción que están presentes son: comunicación, empatía, respeto, responsabilidad, apoyo y ayuda, éstas se convierten en condiciones indispensables para que esta interacción sea realmente significativa generando beneficios para los participantes.

➤ **La Participación.**

Con relación a la participación del paciente en su cuidado Brill y Gil (1986) consideran que ésta se inicia desde la valoración que hace el profesional de enfermería de la situación del paciente; en conjunto y mediante el diálogo, identifican sus necesidades y posibles soluciones; así mismo y cuando sea necesario el mismo orientará los cambios que el paciente tendrá que realizar para alcanzar los objetivos se ha propuesto para recobrar su salud. Dicha participación le permite al paciente ser actor activo de su propio cuidado.

Recuerde que para lograr la participación Ud. deberá tener en cuenta que la primera fuente de información es el paciente: él es el experto sobre sí mismo, conoce sus propias necesidades y capacidades aunque a veces lo ignore y es Ud. el que puede facilitar su descubrimiento y promover el auto cuidado, basándose en la escucha y el diálogo continuo.

La participación del paciente en su cuidado hace mucho más humana la práctica de enfermería pues permite reconocer al otro como persona, con el derecho y la obligación de ser actor de su salud y no simplemente el receptor de actividades planeadas por el profesional que lo atiende.

Por lo anterior se puede concluir, como lo afirman Barrera y Miranda (2000) que: *“La participación permite que el paciente tome parte en el cuidado apropiándose del mismo, con la orientación del profesional de enfermería”.*

➤ **El afecto**

Torralba M. J. y Partera M. J (1999), plantean que la práctica de enfermería exige que la relación de ayuda caracterice todos los encuentros entre el profesional enfermero y el paciente e implica *“Una actitud empática que predispone a la/el enfermera/o a captar los sentimientos, deseos, intereses y necesidades de la persona que cuida, para vivir en cierto modo su experiencia, sin confundir nuestros propios sentimientos”.*

Por otro lado, Montes Valverde (1999) afirma que *“La enfermería como profesión se inició como un acto de amor que se expresa mediante acciones de cuidado que permitan compartir las emociones y expresar los sentimientos, esto conlleva a la humanización del cuidado”*.

El afecto, es una de las dimensiones del cuidado que contribuyen a la satisfacción tanto del paciente como del profesional enfermero, sin embargo, aunque la mayoría de las teóricas y de las enfermeras la consideran fundamental, este aspecto ha sido poco explorado y desarrollado.

En sus vivencias, los pacientes coinciden en señalar expresiones tales como: “Me sentí solo y no tuve con quien compartir mis sentimientos, expectativas y temores”, otros, relatan claramente: “Haberse sentido incomprendidos y a veces maltratados por la desconsideración y reacción violenta del personal de enfermería ante los problemas de sus enfermedades, lo que generó en ellos vergüenza, humillación”.

Asimismo, concuerdan en señalar que el cuidado de enfermería está más orientado hacia la parte física y a los tratamientos, quedando relegada la parte emocional, en este sentido refieren: “Me explicaban que debía estar vigilante para avisar cuando el suero se me acabará, y que observara los cambios en la herida”, “Se preocupan más de la herida, eso me genera malestar, deseaba que alguno de la institución, sin importar quien fuera me dedicara atención, me aconsejara o me dijera una palabra cariñosa”. Otros señalaban que “La/el enfermera/o debe preocuparse por el saludo, tocarle a uno el hombro y mirarlo a la cara, eso demuestra interés por la persona”.

En general, los pacientes relacionan el afecto como un elemento fundamental del cuidado de enfermería, asociándolo con “El interés, contacto, apoyo, responsabilidad y respeto que debe superar el aspecto físico”.

Para la visión de Virginia Henderson los cuidados de Enfermería consisten en la ayuda proporcionada a las personas sana o enferma, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible."

El objetivo de la profesión de enfermería es, pues, conservar y restablecer la independencia del paciente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales.

Por lo tanto, es responsabilidad de Enfermería planificar y llevar a cabo actividades que satisfagan directamente alguna de ellas y favorezcan un medio ambiente propicio para alcanzar otras, *ayudando o supliendo* a la persona lo que le falta para ser *independiente* en la satisfacción de estos requerimientos, dirigiendo su atención a los *impedimentos, obstáculos mayores* que tiene la persona para satisfacer una o varias necesidades básicas.

Las actividades que el personal de Enfermería realiza para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina *Cuidados Básicos de Enfermería*. Estos cuidados básicos, se aplican a través de un Plan de Cuidados de Enfermería (PAE)

El personal de Enfermería que desee proporcionar cuidados *integrales e individualizados*, debe concebir a la persona como una unidad con dimensiones biofisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales las cuales están interrelacionadas entre ellas, confiriéndole la particularidad de ser única y distinta a todas las demás

Para poder brindar el cuidado enfermero según esta autora el profesional enfermero:

- Tiene la función única de ayudar a las personas sanas o enfermas.
- Actúa como un miembro de un equipo sanitario.
- Actúa independientemente del médico, pero apoya su plan si hay un médico de servicio. Henderson subraya que la enfermera/ o puede actuar independientemente y debe hacerlo así si es el profesional sanitario mejor preparado para determinada situación.
- Debe estar formada/o en las ciencias biológicas y sociales.
- Puede apreciar las necesidades humanas básicas.

Tenga presente:

Para proporcionar cuidados de calidad son imprescindibles los conocimientos las habilidades y las actitudes del profesional enfermero: **Saber, Saber Hacer y Saber Ser.**

Para concluir y citando a Colliere:

"Cada uno de nosotros, en algún momento de nuestra vida, pasa por alguna de las grandes etapas: estar cuidado, cuidarse, cuidar. Esto se da en todas las sociedades, si bien la forma de vivirlas y el momento en que empieza cada una no sea la misma para todos, y esto es lo que hay que descubrir. Y es que *Cuidar* es desarrollar las capacidades de vivir, sin las cuales no es posible existir (los cuidados son dados con el fin de despertar la vida, desarrollarla)".

Según esta enfermera francesa los que ejercemos esta bella profesión tenemos como función acompañar y descubrir lo que los hombres y las mujeres no pueden hacer por sí mismos debido a que no han desarrollado tal capacidad. De alguna manera, somos los que ayudamos a pasar un trance en situaciones difíciles.

Esta autora apuntó, además "hemos olvidado que la salud representa todo aquello que hay en nosotros de capacidad de vivir. Lo que supone, *que cuidar es movilizar las capacidades existentes o las que quedan de la vida*", o como lo expresó Hend-Abdell-Ha, *tenemos siempre que cuidar la esencia: la vida*".



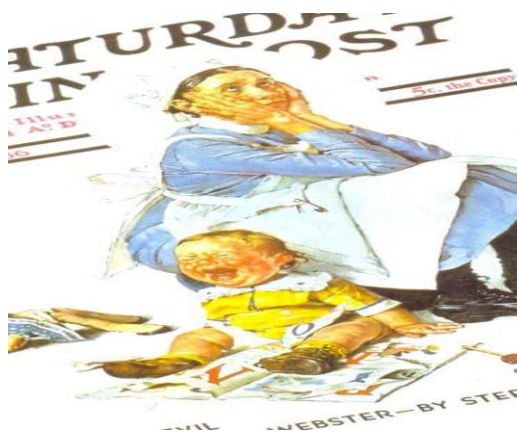
EVOLUCIÓN DE LA DISCIPLINA ENFERMERÍA

Aspectos generales y profesionales que han influido en la evolución de la enfermería

Material adaptado por: Lic. Osbaldo Oscar Peralta

Hoy aprenderemos los enormes cambios que ha experimentado la enfermería desde el inicio de la humanidad. Como futuro profesional, debes conocer los aspectos que han influido en esta profesión a lo largo del tiempo. Por eso te proponemos este material tan interesante para que inicies el camino disciplinar.

En este tema, aprenderemos la evolución de la enfermería... la profesión que elegiste para tu futuro. A través del trabajo realizado con esta temática, te irás dando cuenta de que hoy en día, la enfermería es muy distinta de cómo era ejercida en el pasado, y continúa cambiando a lo largo del siglo XXI. Para comprender la enfermería en el momento actual y al mismo tiempo prepararse para el futuro, no sólo debemos conocer los hechos del pasado, sino también la práctica actual de enfermería, y además, los factores sociológicos e históricos que influyen en ella, pues la enfermería ha experimentado cambios muy fuertes como respuesta a las necesidades y a la influencia de la sociedad.



¹“La Tata” de Norman Rockwell (1936) Portada de la revista Saturday Evening Post.

Nodrizza/tata/enfermera de niños. La enfermería tiene su origen en el cuidado materno de los niños. La palabra *nursery* deriva del vocablo latino *nutriré*; el término *nurse* también tiene raíces latinas en el nombre *nutrix* que significa madre que cría. Nurse también se utiliza como verbo y tanto el nombre como el verbo fueron ampliándose para abarcar cada vez más funciones en relación al cuidado de la salud de las personas

Una mirada a los comienzos de la enfermería revela su continua lucha por ser una profesión autónoma con una base de conocimiento científico. Según Colliere² una profesión “se constituye a partir de una actividad necesaria para la vida social”. La sociedad se estructura de manera que cada grupo que la conforme tengan diferentes funciones. Estos grupos son identificados dentro de la sociedad por el aporte específico y especializado que hacen para cubrir las necesidades que existen en las sociedades. Así,

¹ Revista Hermeneutic N° 10- Primavera- Verano 2010-2011 <http://publicaciones.unpa.edu.ar>

²Colliere MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana- McGraw Hill; 1993. p.395. Citado por Benavent Garces

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.**

En el caso de la enfermería, la actividad necesaria para la vida del grupo social es **el cuidado de la salud** brindado por un grupo especializado para ello: el de los profesionales de enfermería. Es por ello que 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.

Una **profesión** es el ejercicio retribuido de una actividad para la que se requieren estudios previos, y la enfermería se inició como una actividad que era ejercida por personas sin preparación específica y que no tenían ninguna retribución por los cuidados de la salud que brindaba a las personas y a los grupos; es decir, existió en todas las formas de sociedad desde tiempos remotos. 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.



¡¡Presta mucha atención a esto!! La enfermería ha sido condicionada e influida mediante una serie de aspectos que para su mejor estudio y entendimiento, se diferencian en A)- **Aspectos Generales** y B)- **Aspectos Profesionales**



1) La Organización Social

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. Por ejemplo, es mayor la prevalencia de ciertas enfermedades llamadas “de la pobreza” como la desnutrición en las sociedades con escasos recursos económicos donde sus habitantes viven en situaciones de extrema indigencia, mientras que los cuadros sicosomáticos por stress son mayores en los grupos de ejecutivos, comerciantes, etc, por razones de tensión y responsabilidad. Un ejemplo de esto es, por ejemplo, que en las sociedades más pobres hay mayor número de casos de cólera (enfermedad gastrointestinal que se transmite a

- 1) Organización social
- 2) Consideración de la persona
- 3) Concepción de salud
- 4) Tipo de atención a la salud

través de las aguas contaminadas, principalmente), debido a que los habitantes beben agua de las represas, de los aljibes, o de otros bebederos naturales; mientras que en las poblaciones que cuentan con agua potable y otras condiciones es menor el riesgo.

2) Consideración de la persona

Según se conciba a la persona, ésta recibe un tipo u otro de atención y consideración en sus problemas de salud y cuidados. Así, vemos que esto configuró una atención a la salud desde los aspectos meramente biológicos hasta llegar hoy en día, a una atención integral u holística. Esta varía considerablemente a lo largo del tiempo en las diferentes sociedades, pues está influido por múltiples factores políticos, económicos y culturales, entre otros.

Presta Atención este interrogante: **¿Por qué es tan importante y necesario que los profesionales de la salud definamos nuestra propia concepción de persona?**

Porque, de acuerdo al concepto que cada uno poseemos de persona (ser humano), vamos a ofrecer un tipo de atención. Por ejemplo, si para nosotros la persona es solamente una estructura biológica (un cuerpo integrado por distintas partes y relacionado anatómicamente y fisiológicamente), vamos a centrar nuestra atención en el órgano “enfermo”, olvidándonos de que esa enfermedad repercute en la dimensión psicológica de la persona produciéndole incomodidad, pensamientos negativos, tensión emocional, miedo, angustia, etc. También nos olvidaremos de que esa persona “que tiene una parte del cuerpo enfermo” pertenece a una familia, a un grupo, que cumple distintos roles, que tiene obligaciones, es decir, nos olvidaremos de la dimensión social como así también de las otras dimensiones de esa persona.

Muchas veces, cuando no se considera a la persona desde el punto de vista holístico (es decir considerarlo una persona total, compuesto por distintas dimensiones), y sólo se lo considera desde el cuerpo, es común escuchar a algunos integrantes del equipo de salud referirse al paciente diciendo: “el diabético”, “el cardíaco”, pasando la persona a adquirir el nombre de la enfermedad que padece; otras veces se lo identifica como “el cama 8”, “el apéndice”, etc, olvidándose de que esa persona cuenta con un nombre y apellido que lo identifican.

3) Concepción de salud

La concepción de salud ha evolucionado a lo largo de la historia de la humanidad, en sus orígenes como “supervivencia”, más tarde como “valor sobrenatural”, luego como “valor religioso,” después como “ausencia de enfermedad”, y, desde la década del '50 hasta la actualidad, como “equilibrio de la persona con su entorno”. Repasemos brevemente cada uno de estos conceptos:

* El cuidado de la salud como supervivencia

En las sociedades de los hombres primitivos la salud era considerada como un don natural y tenía un valor de supervivencia. Las actividades encaminadas a mantener la salud, estaban 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 los hijos. Se reconocía el poder y la capacidad de personas de la propia comunidad (brujas, sanadoras, parteras, etc.), para mantener la vida de quienes corrían el peligro de perderla. Utilizaban hierbas en forma de emplastes, cocciones o tisanas, los masajes, la utilización del calor y el frío, aplicación de barro, etc. Cuando se producían los resultados deseados, cada vez que ocurría una situación similar, se repetían las mismas actuaciones sin saber exactamente las causas que provocaban la mejoría y esto se fue transmitiendo oralmente de generación en generación, de una forma más o menos abierta.

* La salud como valor sobrenatural

Con el paso del tiempo, las comunidades se fueron haciendo sedentarias; se desarrolló la agricultura, aumentó la producción de alimentos y, con ello, el promedio de vida. Las comunidades fueron siendo más amplias hasta llegar a formarse las urbes. La salud era considerada como un don sobrenatural y junto



con la enfermedad estaban impregnadas de valores sobrenaturales, místicos, cosmogónicos (Una Cosmogonía es el relato mítico en el que se cuenta cómo se crea y ordena el mundo, es decir, supone un intento de explicación del origen y ordenamiento del universo. Esto significa entonces que se intentaba dar una explicación a la salud y a la enfermedad como un hecho que no podía ser explicado ni controlado por las personas).

A las prácticas cuidadoras en las que se utilizaban recursos de la naturaleza, se incorporan los numerosos ritos mágicos que, combinados con los cuidados físicos y naturales, trataban de expulsar a dioses, demonios y espíritus malignos del cuerpo de la persona. Los líderes religiosos (chamanes, brujos, curanderos), tenían el poder para tratar a enfermos y heridos.



* **La salud como valor religioso**

Cuando surge el cristianismo la atención que se ofrecía a los enfermos era más igualitaria. Los cuidados iban más dirigidos a los aspectos espirituales que a los físicos., Además se incorporaron religiosas a los cuidados, en especial a la hora de la muerte. Diaconizas, vírgenes, viudas, monjas etc, dedicaban su vida al cuidado de enfermos. Los enfermos empezaron a ser atendidos en hospitales que se instalaron en las casas de los nobles y, dada la importancia que se le daba al ejército, se dedicaban lugares específicos para sus integrantes. La salud y la enfermedad eran consideradas como premio y/o como castigo. La dedicación al cuidado de los enfermos, pobres y marginados se consideraba como una forma de sacrificio, oración, etc, por lo tanto, las prácticas utilizadas estaban cargadas de rituales místicos y religiosos.

* **La salud como ausencia de enfermedad**

A medida que se fue encontrando explicaciones científicas al funcionamiento fisiológico y psicológico de la persona, se fueron construyendo las concepciones de salud y enfermedad



sobre la base de estas explicaciones. La salud se concebía como el buen funcionamiento del organismo tanto físico como psicológico, como sinónimo de ausencia de enfermedad. La enfermedad, en cambio, era considerada un desorden que alteraba el funcionamiento orgánico, que se explicaba y que tenía nombres. La atención a la salud se centraba en luchar contra la enfermedad. Esto provocó un fuerte desarrollo de los hospitales. El trabajo de enfermería se caracterizaba por ser dependiente del médico, y los cuidados que se ofrecían a las personas eran sólo aquellos que dependían de lo que el diagnóstico médico determinaba.

• **La salud como equilibrio de la persona con su entorno.**

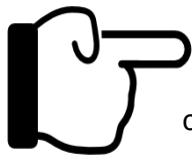
Actualmente la salud está cobrando cada vez más importancia en sí misma como estado de la persona que hay que preservar y promover.



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 de 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 ej. las enfermedades profesionales o el resultado que sobre la salud tienen diferentes formas o hábitos de vida).

4) Tipos de atención a la salud

El tipo de atención a la salud se fue modificando con el tiempo, pues recordemos que en una época la atención se dirigía a asistir al órgano o parte afectada o enferma de la persona, luego se fue centrando en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud. Un hecho muy importante que nos llevó a esta orientación es la Conferencia de la OMS de Alma Ata (1978) que se celebró en Ginebra, en la que 140 gobiernos de todo el mundo se comprometieron a reorientar los sistemas sanitarios hacia la atención de la salud (es, a partir de entonces, que la organización del sistema de cuidados de la salud se orientó a los cuidados preventivos de la enfermedad y de promoción de la salud, a través de estrategias efectivas como la APS, cuyos centros de atención están conformados por unidades primarias de atención (UPAS) y centros periféricos.



Continuando con el mismo tema, veamos ahora los **Aspectos Profesionales**. 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.



Aspectos Profesionales

El Género

Lo Bélico y Militar

La Medicina

La Religión

1 La influencia del género

Para comprender la evolución de la enfermería es fundamental comprender el papel y evolución de la mujer en la sociedad. Donahue³ (1985) 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.



Los roles tradicionales de la mujer, de esposa, madre, hija y hermana, siempre han incluido el cuidado y la alimentación de los miembros de la familia. Desde el principio de los tiempos, las mujeres han cuidado de los niños; de este modo, se puede decir que la enfermería tiene sus orígenes “en el hogar”. Además, las mujeres, que en general ocupaban un papel servil y dependiente, eran requeridas para cuidar de otros miembros de la comunidad que estuviesen enfermos. Con frecuencia, los cuidados que proporcionaban se relacionaban

³ Patricia es una historiadora que escribió varias obras acerca de la historia de la enfermería. Es profesora en el Laffayette Colle, de Easton, Pensilvania.

con el mantenimiento físico y el bienestar. De este modo, el papel tradicional de la enfermería siempre ha conllevado el cuidado de las personas, su alimentación, consuelo y apoyo.

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 las personas. Actualmente, estas ideas están siendo contestadas por autores como Giddens, (sociólogo, 1992) 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 el sentido cuando se relacionan con su capacidad para ayudar a otros.

Esta identificación enfermera-mujer es lo que ha colocado en un segundo lugar a la enfermería en la sociedad y a la enfermera en relación con los grupos con los que comparte responsabilidades, fundamentalmente la medicina. Esta realidad está cambiando y el fenómeno de la incorporación de los hombres a la práctica de la enfermería demuestra que, actualmente, en 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 enfermería debe reflejarse en esta diversidad.

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. Este fenómeno dificulta también el desarrollo de la profesión, pues en muchos casos significa el abandono en un momento de madurez en que se estaría en condiciones de hacer las mejores aportaciones profesionales. *Queda claro que la secundarización (llevar a segundo plano) de la situación de la mujer en la sociedad, causó y causa aún fuerte impacto en la evolución de la enfermería.*

2. La influencia de lo bélico y militar

Siempre han existido enfrentamientos entre las personas y, como consecuencia de ello, heridos que requerían cuidados de salud. Los orígenes los encontramos en las cruzadas, las invasiones y peregrinaciones que dieron lugar a que quienes participaban en estos acontecimientos tuvieran una serie de problemas de salud y necesidades de atención. Aparecieron las órdenes hospitalarias militares y los primeros hospitales para enfermos y peregrinos. 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 surgieron alrededor de las cruzadas para dar respuesta a las necesidades de cuidados de heridos y enfermos.

Otro antecedente militar de gran importancia para nuestra profesión lo constituye la



guerra de Crimea (1854-1856), en donde los cuidados inadecuados que se brindaban a los soldados se tradujo en una protesta pública en Gran Bretaña. El papel desempeñado por Florence Nightingale (una dama de la alta sociedad inglesa, proveniente de una familia acaudalada pero que a pesar de ellos siempre había demostrado gran interés por ayudar a los más necesitados) para resolver este problema es bien

conocido, ya que se le pidió que reclutara un contingente de enfermeras para cuidar de los enfermos y heridos en Crimea. Nightingale y sus enfermeras transformaron los hospitales militares instaurando prácticas sanitarias, tales como el lavado de manos y ropas. Uno de los grandes resultados de Nightingale fue que la tasa de mortalidad en el hospital de Barrack en Turquía se redujo de un 42 a un 2 por ciento (Donahue, 1996).

Hay formas y costumbres militares adquiridas de la relación con el mundo militar que entraron en la enfermería y que han permanecido entre sus características; terminología como **puesto de enfermeras, dar el parte, pasar revista, hacer vela, hacer guardias, cabo enfermero**, etc, son parte del vocabulario familiar en la comunicación cotidiana entre enfermeros y que sin duda recuerdan a expresiones militares.

3. 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 no existían diferencias claras entre ambas. Cuando comenzaron a diferenciarse, al seguir ambas actividades interrelacionadas en ámbitos comunes y relacionadas a su vez con la salud y la enfermedad, se fueron produciendo innumerables vínculos de unión entre las dos profesiones.



Esta relación ha sido tradicionalmente de dependencia y de subordinación de la enfermería a la medicina. Socialmente el rol-status enfermero es considerado (erróneamente), dependiente del rol-status médico, y esto tiene al menos dos explicaciones claves:

a. **Como consecuencia de la división del trabajo** en función del sexo que se refleja en comportamientos y actitudes que en los estudios de género son denominados como de superioridad 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

de la enfermería era sólo en áreas muy concretas como los servicios de emergencias, ocurriendo algo muy similar con la incorporación de las mujeres a la medicina.

b. **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 sus saberes de manera hermética sin que este saber trascendiera a la sociedad. Utilizaba para ello los escritos sobre medicina que fueron hechos por los primeros estudiosos de la medicina. Por el contrario, el papel de quienes pueden identificarse más con la enfermería a lo largo del tiempo, parteras, matronas, diaconisas, etc, ha sido menos místico y más terrenal. Sus conocimientos, que eran de dominio público, eran transmitidos abiertamente. Además, no existía documentación de los saberes puestos en la práctica de la enfermería, por lo tanto eran transmitidos oralmente.

Estas diferencias en los saberes (hermético, inescrutable y lejano de la medicina, y 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 sigue siendo, una cosa cercana. Como para la sociedad sus actuaciones son visibles, en definitiva, se considera, erróneamente, que cualquiera puede ser enfermera porque cualquiera puede cuidar, sin tener en cuenta de que para el ejercicio de la profesión enfermera es necesaria una formación intensiva y de calidad.

4 La influencia de la religión

En cada cultura, la influencia religiosa ha estado determinada por la religión más hegemónica en el lugar y tiempo. En el mundo occidental, la influencia fundamental ha sido el cristianismo. Durante mucho tiempo, esta religión 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 pertenecían a comunidades religiosas o si eran seglares.

En las diferentes formas de identificación de la enfermería descritas por Colliere, una de ellas es la de (mujer) consagrada, significando su papel por estar basado en reglas conventuales. Los cuidados de las mujeres consagradas estaban dirigidos a los pobres, humildes e indigentes. Esto por una parte les impedía desarrollar la codicia y el afán por significarse, pero también provocaba que estas mujeres permanecieran en un estado social bajo, “son siervas humildes como los pobres a quienes cuidan”, y ello les hacía desarrollar y adoptar comportamientos de obediencia y sumisión.

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. 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 es identificado por algunos autores como la mujer condenada.

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.

LA ENFERMERÍA: DISCIPLINA PROFESIONAL

Componentes de una Disciplina y de una Profesión

Material adaptado por: Lic. Osbaldo Oscar Peralta

Hace más de 100 años, Florence Nightingale definió la enfermería como “el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo 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 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. En su definición sobre la enfermería, destaca los ejes de su modelo conceptual: “la función 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 si tuviera la suficiente fuerza, voluntad o conocimiento y a realizarlo de tal forma que lo ayude a adquirir independencia lo más rápido posible” (Henderson, 1966). 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 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, pues 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.

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 la misma y su restauración.
- La enfermería es una profesión de ayuda.

Como hemos visto anteriormente, el **inicio de la enfermería como disciplina 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 ellas se plasman en teorías y modelos de enfermería, que ofrecen las explicaciones teóricas de las situaciones enfermeras y el método con el que deben ser aplicadas en la práctica, y con los resultados de la aplicación se validan los conocimientos expresados en las construcciones teóricas. Otro aspecto digno de destacar y que contribuyó a la disciplina enfermera es la **creación de la licenciatura en enfermería** por ser esta la que permite al enfermero iniciarse en la investigación y acrecentar el desarrollo disciplinar.

Los conceptos de profesión y disciplina están íntimamente relacionados; sin embargo, en la configuración de una actividad representan significados diferentes, aunque uno y otros 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, basado en los conocimientos disciplinares. Es por lo tanto necesario que el desarrollo disciplinar se adelante a la práctica ofreciendo las explicaciones que fundamenten ésta.

Se entiende como disciplina enfermera a la ciencia enfermera, y como profesión enfermera el ejercicio o práctica de la enfermería basada en el conocimiento enfermero. Cabe aclarar que hay corrientes de pensamiento en enfermería que aún discuten la concepción de enfermería como disciplina científica, remarcando las diferencias existente entre ambos términos (ciencia y disciplina); en nuestra carrera adherimos, hasta ahora, a la concepción de la enfermería como ciencia disciplinar, aún en busca del consenso.

La disciplina y la profesión no siempre avanzan a un mismo ritmo, y 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 e ir por delante y/o ser distorsionada. En la profesión se pueden estar desarrollando prácticas y problemas que no se contemplan en

la teoría y análisis disciplinares. El verdadero avance debe armonizar y hacer recíprocos los adelantos en ambos campos. Para el desarrollo del todo es necesario el avance de las partes y el progreso de la enfermería solo es posible con el crecimiento armónico entre el conocimiento e intervenciones, entre teoría y práctica.

La construcción de la disciplina enfermera pasa por establecer un 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.

El objeto de estudio de la disciplina enfermera 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 (PAE).

¿Porqué enfermería es una disciplina profesional?

Enfermería es una disciplina puesto que se compone por: fundamentos filosóficos, históricos, éticos, un cuerpo de conocimientos y teorías que derivan de una manera muy particular de ver los fenómenos de salud de los seres humanos con relación a su ambiente, es decir una visión holística del ser, que se focaliza en las respuestas de éste frente a problemas de salud actuales o potenciales, lo que permite explicar, predecir o controlar los fenómenos que abarcan el ámbito de la enfermería. Comprende además todas las técnicas para producir este conocimiento.

Se entiende por disciplina profesional a una actividad que está científica y socialmente reconocida, pues constituye un conjunto de saberes (disciplina) que son la base de la práctica (profesión).

Ahora, trataremos de clarificar cuáles son los aspectos primordiales que determinan a la enfermería como disciplina, y cuáles la determinan como profesión.

En cuanto a Disciplina, podemos decir que toda Disciplina se caracteriza por:

Su Foco: es decir dónde se centra esa actividad

▪ **Su razón de ser:** es decir a través de qué focaliza su actividad

▪ **Su perspectiva:** Es decir cuál es la visión general y particular que tiene la disciplina acerca de los hechos, fenómenos o sujetos



Ya aprendimos cuáles son los componentes de las Disciplinas, pero ahora... tenemos que aclarar porqué la enfermería Sí es una Disciplina; es decir, cuales son los componentes que la distinguen de las otras disciplinas. Presta mucha atención a este concepto, pues es esencial para todos nosotros:

La Disciplina Enfermera tiene materia propia, sin embargo se diferencia de las otras disciplinas por que:

- Su foco es **el cuidado**.
- Su razón de ser es la **atención de problemas reales o potenciales**.
- Su perspectiva es la **visión diferente con la que ve al sujeto**.

Así, podemos ver entonces que para referirnos a la enfermería como disciplina profesional, hoy podemos justificar esta afirmación en el cúmulo de conocimientos propios de la enfermería, que es ya muy distinta en relación a sus orígenes, y para poder aplicar dicho conocimiento que ya dejó de ser desorganizado, improvisado, asistemático, podemos apelar Al Proceso de Atención de Enfermería (PAE), como una herramienta valiosa.

Según Kozier⁴, la enfermería se está ganando un prestigio cada vez mayor como profesión. Profesión se define como una actividad que implica una formación profunda, que requiere conocimientos, capacidades y formación especiales. Se deben distinguir dos términos relacionados con la profesión: la profesionalidad y la 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 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.

Ojo: Ahora, otro detalle importante que responde a un gran interrogante: **¿POR QUÉ ENFERMERÍA ES UNA PROFESIÓN? ¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS QUE CUMPLE LA ENFERMERÍA PARA SER CONSIDERADA UNA PROFESIÓN? Veamos la respuesta!!**

En cuanto a la Profesión, podemos decir que enfermería es una profesión porque cumple con los siguientes requisitos indispensables para que una actividad se convierta en ello:



- ✓ **a) Formación prolongada y especializada**, con el fin de adquirir un conjunto de conocimientos relacionados con la función que debe desempeñar
- ✓ **b) Orientación del individuo hacia el servicio**, ya sea dirigida hacia una comunidad o a una organización
- ✓ **c) Investigación**

⁴ Kosier, Bárbara “Enfermería Fundamental”

- ✓ **d) Código deontológico**
- ✓ **e) Autonomía Profesional**
- ✓ **f) Organización profesional** (es decir, actúa como órgano colegiado a través de los colegios de enfermeros, asociaciones de enfermería, etc).

a) 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. La formación de los estudiantes incluye contenidos de las ciencias humanístico sociales, biología, y de la disciplina enfermería.

Cuerpo de conocimientos

Como profesión, enfermería posee un cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos bien definidos. Numerosos marcos conceptuales de enfermería contribuyen a la base de conocimientos propios de enfermería y dirigen la práctica, enseñanza e investigación de la misma.

b) Orientación hacia el servicio.

La enfermería tiene una tradición de servicio hacia los demás. Pero no debemos confundir el concepto de “tradición de servicio” a la pura vocación, ya que este servicio debe estar guiado por ciertas reglas, normas de conducta y un código deontológico. En la actualidad, la enfermería es una profesión más dentro del sistema sanitario, que se diferencia de las demás porque posee un cuerpo de conocimientos propio y además comparte sus criterios con los otros profesionales de la salud.

c) Investigación

La investigación creciente en el campo de la enfermería está contribuyendo al ejercicio de la profesión. La misma se desarrolló partiendo desde un comienzo incipiente, hasta llegar en la actualidad a abordar un campo muy amplio donde los profesionales llevan a cabo investigaciones para acrecentar su cuerpo de conocimientos.

d) Código deontológico

Tradicionalmente, los profesionales de enfermería han considerado mucho el valor y la dignidad humana. La profesión de enfermería requiere la integridad de sus miembros para afrontar distintas situaciones críticas que se le presentan a diario en su quehacer profesional. Los códigos deontológicos cambian a medida que cambian las necesidades y valores sociales. 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. El contar con un código deontológico, aporta a los profesionales un resguardo legal en situaciones difíciles, a la vez que sirve como medio de control de la

práctica de los profesionales, lo que en algunos casos puede ser útil para exonerar a algún miembro que esté incurriendo en falta profesional.

e) Autonomía Profesional

Una profesión es autónoma si se regula por 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 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 específico, 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.

f) Organización profesional

Ejercer bajo el amparo de una organización profesional distingue 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 asuntos profesionales. Por lo tanto, los profesionales de enfermería necesitan trabajar en el seno de sus organizaciones profesionales. En nuestro país, una de las organizaciones profesionales de enfermería es la FAE (Federación Argentina de Enfermería), que es una entidad profesional que nuclea los colegios y asociaciones de enfermería de la República Argentina. La FAE es miembro del CIE (Consejo Internacional de Enfermeras),

En Santiago del Estero la organización que nuclea a los profesionales de enfermería es el CPE(Colegio de Profesionales de Enfermería de Santiago del Estero).



Ahora podemos afirmar entonces que Enfermería es una disciplina profesional porque cuenta con todos estos requisitos

Y...? Te gustó el abordaje de estos temas? ¿Pudiste apropiarte de los contenidos esenciales? ¿Estás en condiciones de responder, con base científica, a los componentes esenciales del cuidado, la evolución de la enfermería, y la disciplina profesional? ¿Sí?



ÁMBITOS DE EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA

Material adaptado por: Lic. Osbaldo Oscar Peralta

En el pasado, el principal ámbito de actuación de la mayoría de los profesionales de la enfermería era el cuidado de los casos agudos en los 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, etc.

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.

Los profesionales de enfermería están realizando una ampliación de sus funciones, tales como las de enfermeros especialistas en distintas áreas, investigador en enfermería, especialistas en educación, especialistas en control de infecciones, especialistas en administración, etc. Los profesionales de enfermería proporcionan también cuidados a familias y comunidades.

La práctica profesional de la enfermería comprende cuatro áreas:

- La promoción de la salud y el bienestar,
- La prevención de la enfermedad,
- La recuperación de la salud,
- El cuidado de los pacientes 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 Rosata, 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.

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 presión arterial.
- Consultar con otros profesionales sanitarios sobre los problemas del paciente.
- Enseñar a los pacientes actividades de recuperación, como por ejemplo ejercicios que acelerarán la recuperación de un paciente que fue sometido a una intervención quirúrgica.
- La rehabilitación de los pacientes hasta alcanzar su nivel funcional óptimo tras una enfermedad física o psíquica, lesiones, adicciones o sustancias estupefacientes.

Cuidado de los enfermos terminales

Esta parte de la práctica de la 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.

ROLES Y FUNCIONES DEL ENFERMERO

Dentro de las áreas descritas arriba, el/a enfermero/a asume diversos roles cuando ofrece los cuidados 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 sus cuidados. Los papeles requeridos en un momento determinado de las necesidades del paciente y de aspectos específicos del entorno.

Cuidador: El papel de cuidador tradicionalmente ha incluido aquellas actividades que ayudarán 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, culturales y espirituales. El proceso de enfermería ofrece a los enfermeros un marco para proporcionar los cuidados. 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 gente de la comunidad. 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.

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.

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 hablar por sí mismos.

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 actúan continuamente tratando con cambios en el sistema sanitario. Los cambios tecnológicos, los cambios en la edad de la población y los cambios en los fármacos son sólo algunos de los cambios a los que se enfrentan diariamente los profesionales de enfermería.

Líder: Un líder influye en otros para trabajar conjuntamente con el fin de lograr un objetivo concreto. El papel del líder se puede desempeñar a diferentes niveles: pacientes individuales, familia, grupos de pacientes, colegas, o en la comunidad.

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.

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.

Investigador: Los profesionales de enfermería realizan investigaciones para mejorar la asistencia del paciente. La investigación creciente en el campo de la enfermería está contribuyendo al ejercicio de la profesión. La misma se desarrolló partiendo desde un comienzo incipiente, hasta llegar en la actualidad a abordar un campo muy amplio donde los profesionales llevan a cabo investigaciones para acrecentar su cuerpo de conocimientos.

BIBLIOGRAFÍA

- BUSTAMANTE, C Y COL. Fundamentos de Enfermería. 1ª edic. el ateneo. Bs. As. 1989.
- DU GAS, BÁRBARA. Tratado de Enfermería Práctica. 4º Edic. Interamericana. México, 1986.
- GARCES BENAVENT, AMPARO, Y OTROS. Fundamentos de Enfermería. Enfermería 21. España. Año 2001
- KÉROUAC SUZANNE M. N. y Col; El Pensamiento Enfermero. 2ª Edic. Editorial Vivantes, 1994.
- KOSSIER, BÁRBARA Y OTROS. Enfermería Fundamental: "Concepto, Procesos y Práctica. Teorías de Enfermería y Marco Conceptual". Tomo I. 4ta. edic. Edit. Interamericana. España Año 1993.
- KOZIER B., ERB G., OLIVIERI R. Enfermería Fundamental. Biblioteca Enfermería Profesional. Vol. I. 4ª edición. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. 1993. Madrid.
- MATERIAL DEL ESPACIO CURRICULAR ENFERMERÍA BÁSICA. UNSE: Carrera de Licenciatura en Enfermería. Santiago del Estero, Argentina
- PHANEUF, MARGOT. "Cuidados de Enfermería" Las Necesidades Fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson. 1ª edic. Edit. Interamericana. España Año 1993.
- RIOPELLE LISE, INF. M.N., GRONDIN LOUISE, INF. M. ED, PHANEUF MARGOT, INF. M. A. Cuidados de Enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Mc Graw- Hill- Interamericana de España 1ª Edición 1993.

ENFERMERÍA COMUNITARIA

Dra. Delgado, Josefa

Hablar de Enfermería Comunitaria implica trabajar en el área de *salud comunitaria*, donde las personas, la familia, los grupos comunitarios, son el foco de interés teniendo como referente su contexto sociocultural.

La Enfermería Comunitaria es un cambio en el papel tradicional que desarrolló enfermería en salud pública. La OMS (Organización Mundial de la Salud) al definir su política de “*Salud para todos en el año 2000*” interpreta que las enfermeras/os al representar un colectivo de profesionales de la salud más numeroso, además de estar en contacto más directo con la población, les permite tener más conocimientos y habilidades que son especialmente apropiadas para dar respuestas a las necesidades de salud de la comunidad.

Enfermería pasa a ser un recurso importante en la salud de la comunidad, ya que promueve y preserva la salud de la población en general. Su accionar es continuo, utiliza recursos de la propia comunidad para lograr la satisfacción de necesidades y aspiraciones de salud, para ello tiene en cuenta las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales del individuo, familia y comunidad.

En la actualidad existe un cuestionamiento a los modelos tradicionales de los servicios de salud – aún vigentes y dominantes – centrados exclusivamente en el tratamiento de la enfermedad. Están orientados hacia la medicina curativa y los hospitales trabajando como si el único objetivo de sus actividades fuera salvar vidas, sin tomar en cuenta de esas vidas, de esas personas, sus condiciones de vida cotidianas.

¿Cómo emerge la Salud Comunitaria?

Las actividades colectivas orientadas a la protección y conservación de la salud, las hubo desde tiempos remotos. Las acciones fueron cambiando con relación a la evolución que tuvieron – a la par de la organización de las diferentes comunidades – las concepciones de **salud y enfermedad**.

Así, los *egipcios* según Heródoto (siglo IV a.C.), eran los más sanos de los pueblos de ese momento. Se caracterizaban por prestar mucha atención a su limpieza personal, construían aljibes para el agua y canales de desagüe para las aguas residuales.

En tanto los *griegos* prestaban mayor atención, además de la higiene personal, al ejercicio y a la dieta, que a los problemas de saneamiento del medio.

Durante la época del *imperio romano* se construyeron baños públicos y también acueductos para el suministro adecuado de agua a la población.

La etapa de la **higiene pública** es el resultado de transformaciones políticas, económicas, sociales y científicas. La confluencia de estas condiciones da lugar a la constitución de la salud pública. Es en la *Edad Contemporánea*. (Inició fines siglo XVIII) que el hombre civilizado empieza a comprender el valor de su salud, como la de sus semejantes. De esta manera emergen prácticas intervencionistas del Estado, para proteger la salud de la población, lo que se dio a llamar **salud pública**. Las acciones fueron, principalmente, de vigilancia y control sanitario del medio ambiente y de lucha contra las enfermedades transmisibles que por esos tiempos eran las que predominaban. Emergen en momentos que la humanidad – por diferentes factores y situaciones (políticas, económicas, sociales, científicas) – generan condiciones de salud diferentes, las enfermedades transmisibles se diseminan con facilidad, surgen las epidemias de lepra y peste bubónica.

Por lo que en el siglo XIX, los servicios no desarrollaban acciones de curación por considerar una responsabilidad individual, quienes debían concurrir a su médico particular, excepto los pobres e indigentes que eran atendidos por el Estado.

Según Sánchez García (2000) la *salud pública* puede tener distintas significaciones, así uno de los significados de “*pública*” está relacionado a la acción gubernamental; otro significado incluye además del accionar del gobierno a la comunidad organizada, el “*público*”. Otro de los significados, está vinculado a acciones orientadas a la protección del medio ambiente y una serie de servicios personales, de naturaleza preventiva, dirigida a grupos más vulnerables.

En tanto, se la puede interpretar como ciencia y como práctica de la salud individual y colectiva. La *salud pública* como *ciencia*: investiga las condiciones sociales y sanitarias de grupos específicos de población; establece el modelo de estos grupos de población que están siendo estudiados, señalando las medidas que podrían adaptarse para mejorar los niveles. Como *práctica*: organiza la atención a la salud de la población, involucrando tanto a las organizaciones sociales como al estado, este último es quién por medio de su estructura, establece las políticas sociales y sanitarias, organiza las instituciones y desarrolla los servicios, y las actividades que se realizan para mejorar la salud y la calidad de vida de la comunidad.

Así emerge como un avance en la evolución de la salud Pública, la *salud comunitaria* introduce dos elementos centrales: la **responsabilidad y participación de la comunidad** en la planificación, administración, gestión y control de las acciones orientadas a la promoción, protección, recuperación y fortalecimiento de la salud. Así, se diferencia de la salud Pública en que ésta es una acción definida por el gobierno. En tanto, en la *salud comunitaria* las acciones de salud que desarrollan los miembros del equipo de salud, son las que fueron definidas con los miembros de la comunidad a partir de las necesidades locales teniendo como referente sus características socioculturales.

En el año 2000, el Consejo Ejecutivo de la OMS, resuelve que el “Sistema de salud y salud comunitaria” pase a llamarse “*Salud Familiar y Comunitaria*” (Reunión N° 105 – 26/01/00), dándole entidad a *Salud Familiar*, hasta ese momento sólo trabajada por algunos sectores de salud a la manera de “ensayos” de una modalidad de atención de la salud, desde un enfoque biologista. A nivel nacional, el Ministerio de Salud crea el Programa de Salud Familiar (Resolución N° 118/2009), definiendo las actividades del equipo de salud en las unidades de atención periférica orientadas a la persona, familia y grupos comunitarios.

Comparación entre la medicina clásica, la salud pública clásica y la salud comunitaria⁵

Elementos de Comparación	Medicina Clásica	Salud Pública Clásica	Salud Comunitaria
1. Usuario	Individuo	Población	Grupos de población
2. Iniciativa	Enfermo	Servicio	Paciente y Servicio
3. Posibilidad de elección	Amplia	Restringida	Restringida
4. Acceso	Difícil	Difícil	Fácil
5. Asistencia	Episódica	Periódica	Continuada
6. Continuidad	Mínima	Mínima	Mayor
7. Actitud de los Usuarios	Obediencia y Sumisión	Sumisión	Participación
8. Actitud de los Profesionales	Aristocrática y Tecnocrática	Tecnocrática	Democrática
9. Técnicas	Diagnóstico y Tratamiento de la enfermedad, consejos.	Investigación y control de las enfermedades de masa, persuasión.	Identificación y solución de las necesidades percibidas, orientación y ayuda.
10. Enfoque	Individuo Sistemas y órganos Hipótesis unicausal Búsqueda de la certeza	Sociedad Grupos sociales Hipótesis multicausal Búsqueda de la certeza	Familia y grupos, Individuos y comunidades, hipótesis multicausal, tolerancia a la incertidumbre

⁵ Salleras Sanmarti, L. *Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Barcelona: Ed. Diaz de Santos. 1985, p. 47

11.Modalidades de servicios	Uno para uno Varios para uno	Uno para varios Varios para varios	Uno para uno Uno para varios Varios para uno Varios para varios
12.Característica	Medicina liberal	Sistema centralizado	Sistema Descentralizado
13.Remuneración	Directa Pago por acto Médico.	Indirecta Salario	Indirecta con o sin complemento. Salario per cápita
14. Evaluación	Enfermedades atendidas	Enfermedades evitadas	Problemas Resueltos
15. Juicio de valor	Calidad	Costo-Eficacia	Satisfacción del Usuario. Cobertura de la Población.

¿Qué es salud?

Durante mucho tiempo la *salud* ha sido definida en términos negativos: Salud sería la ausencia de enfermedades e invalidez. Sin embargo esto no se vincula con la realidad y no es operativo por las siguientes razones: en primer lugar, definir negativamente salud demanda establecer un límite entre lo normal y patológico lo que se torna imposible porque salud está definida básicamente, por tres dimensiones que la influyen:

- a. La dimensión biológica o somática, representada por la integridad anatómica del cuerpo humano, el desarrollo de las funciones orgánicas y el mantenimiento del equilibrio interno.
- b. La dimensión psicológica, manifestada a través de la conducta, comportamientos que adopta la persona a partir de la auto-percepción que la misma posee de bienestar o malestar.
- c. La dimensión social, estructurada desde dos niveles: *individual* que emerge de la satisfacción por el desarrollo del propio proyecto de vida en el contexto familiar, comunitario, profesional y afectivo entre otros. El nivel *colectivo* relacionado con las ideas compartidas con el conjunto de la sociedad acerca de lo que es salud.

Recién en el siglo XX se empieza por incorporar los términos de *fomento* y *promoción de la salud*, pero sin hablar de la *restauración* de la salud. Este fue incorporado como consecuencia de los avances que la medicina asistencial va teniendo en la primera parte del siglo. Así, en 1946 la OMS, en su carta constitucional define la salud como “el

estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Por primera vez se define la salud en términos afirmativos o positivos, es considerada como un estado óptimo, positivo. Más refiere, la dimensión física del ser humano junto a las dimensiones psicológica y social. Sin embargo, es considerada poco operativa porque:

- Hablar de “completo bienestar físico, mental y social”, es difícilmente alcanzable por la persona o grupos.

- Es una definición estática al considerar como persona con salud a la que goza de un “estado completo de bienestar”; la salud es un proceso dinámico que de manera continua varían sus niveles.

En la segunda parte del siglo XX, comienza a evidenciarse las primeras manifestaciones de crisis del modelo de salud vigente basado en el *paradigma biologista o positivista* basado en la evidencia, es decir en todo aquello que pueda ser observado, verificado, medido, representado por la medicina de laboratorio. Comienza a cuestionarse su dirección asistencial y curativa. Surgen nuevas líneas de pensamiento que plantean que las causas de la enfermedad deben buscarse en los procesos sociales, el paradigma biológico individual no permite dar respuestas a los problemas de salud de la comunidad. Allí es cuando comienza a gestarse un nuevo paradigma, donde se hace evidente que el concepto de *salud* es una construcción social.

¿Qué entendemos por *salud como construcción social*? Cada sociedad elabora su propio concepto, incluso dentro de la misma sociedad existen diferencias. No es la misma concepción de salud que poseen los profesionales de la salud que 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.

En mayor o menor medida cada una de las personas comparten las ideas de la sociedad donde se ha criado, el bienestar depende también de que las sensaciones y la presencia de alteraciones correspondan a lo que el conjunto de la sociedad ha definido como salud.

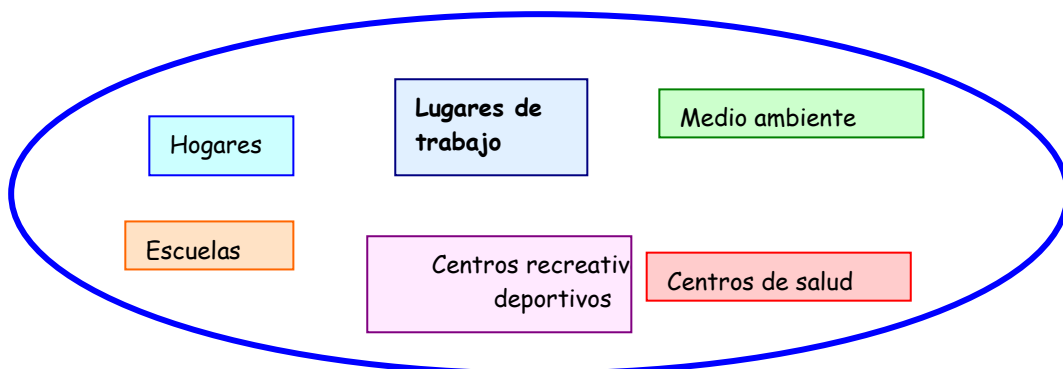
Este nuevo *paradigma holístico*, que visualiza al ser humano con dimensiones interrelacionadas e interdependientes, fortalece su concepción de salud considerando que tanto desde el punto de vista social, como biológico y psicológico, la misma tiene un importante componente social. De allí que, los conceptos de salud, enfermedad y las prácticas individuales y sociales que le corresponden, sólo pueden ser comprendidas cuando se consideran dentro de ese contexto social, cultural, económico e histórico que tienen como referente. Así visualizada, la **salud es un proceso vital, natural, dinámico y continuo.**

Desde este nuevo paradigma, en 1978, la OMS propone una nueva política de salud a través de la implementación de la estrategia de la **Atención Primaria de Salud (APS)**, basada en la integración de la *promoción de salud*⁶ y *prevención de enfermedades*⁷, con la participación de la población, cuya meta fue “Salud para todos”.

La relación entre las condiciones de la comunidad y la salud de las personas es la base para un campo de práctica desafiante de salud comunitaria. La *enfermería en salud comunitaria* es un área especializada; combina todos los elementos básicos de la profesión, enfermería clínica con prácticas de salud comunitaria.

En la *salud comunitaria*, la información y la educación sanitaria son necesarias, no sólo para que las personas contribuyan activamente a la promoción de la salud y recuperación de ella, sino también, para que estén preparados para poder evaluar a través de sus representantes democráticamente elegidos, las necesidades de salud de su comunidad, decidir acciones prioritarias y evaluar su eficacia y la satisfacción de los usuarios cuando fueron implementadas.

¿Cuáles son los **ámbitos** que trabajamos en Salud Comunitaria? La enfermera comunitaria puede actuar en tres ámbitos: comunitario, familiar e individual; es decir, todos aquellos lugares donde los ciudadanos – sanos o enfermos – desarrollan sus actividades:



En el ámbito de la **comunidad** – independiente del tipo de comunidad que atiende – la enfermera debe conocer y aplicar distintas técnicas epidemiológicas y de investigación social para implementar acciones que contribuyan al desarrollo de la comunidad. Para esto debe mantener contactos regulares con los grupos sociales, la familia, lugares de trabajo, centros vecinales, recreativos y escuelas.

⁶ *Promoción de la salud*: conjunto de medidas de protección y producción de salud, que tienen por objeto mejorar la calidad de vida y el estado de salud de la población. Se provee a través del empleo, ingresos suficientes, educación, medio ambiente saludable, programa de vacunación, etc.

⁷ *Prevención de enfermedades*: incluye actividades y medidas que desarrollan los servicios de salud para evitar la aparición de enfermedades, su desarrollo o evolución, sus complicaciones, Se concretan a través de diagnóstico precoz, programa de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, obesidad), etc.

La evolución que ha desarrollado la **familia** y el significado que ésta tiene para las diferentes culturas, ofrece una variedad de características estructurales y funcionales que demanda del profesional de enfermería un conocimiento profundo de la misma para contribuir a la producción y protección de la salud familiar.

La **salud familiar** se la describe como la capacidad para desarrollar y cumplir con las funciones sociales, a través de su ciclo vital.

La salud familiar, al igual que la salud individual, es un proceso multidimensional dinámico, de interacción e interdependencia, que continuamente debe adaptarse a las diferentes experiencias cotidianas y superar las crisis.

La evaluación de la salud de la familia es una tarea compleja, que sólo es posible a través de diferentes momentos, que permiten un conocimiento profundo de sus miembros, de sus recursos y necesidades de salud. Los datos obtenidos y analizados dan posibilidades de formular diagnósticos de enfermería – acorde a los requerimientos grupales e individuales de la familia y definir las acciones de enfermería que pueden ser desarrolladas en el hogar (atención domiciliaria y visita domiciliaria) o en el consultorio.

Para trabajar con el individuo es imprescindible el conocimiento de la estructura familiar, la calidad de sus relaciones y recursos familiares que disponen para el cuidado de la salud. Estos son parámetros básicos para que la enfermera desarrolle sus acciones.

Comunidad

Autora: Dra. Lia Zóttola

Son múltiples las definiciones de *comunidad* que podemos encontrar, pero en general las características de este concepto, son (Montoro,1998) del orden de “ocupación de un área geográfica específica” y el “territorio que no se refiere solamente al aspecto físico o geográfico en el que vive una cierta cantidad de personas si no que implica una realidad esencial más amplia, es un ámbito donde las personas viven, trabajan, se educan, sostienen relaciones afectivas, por lo tanto adopta, desde esta visión una dimensión social, real. Visto así, el territorio es un elemento fundamental que influye en las conductas de la población”.

“relaciones sociales habituales y frecuentes”, “ventajas, beneficios, intereses, objetivos, necesidades y problemas compartidos, por compartir un momento histórico, social, cultural, político y económico”, “alguna forma de organización que posibilita la acción colectiva para el logro de determinados fines”, “una identidad y un sentimiento de pertenencia, imprescindibles para el logro de un sentimiento de comunidad”, “carácter histórico y dinámico, “constituir un nivel de integración intermedio entre macro y micro grupos sociales, y “existencia de una cultura compartida”.

A partir de lo expuesto, cabe entender una **Comunidad** como: “un conjunto de bienes que son propiedad de un conjunto de personas que se rigen por un conjunto de reglas o normas referentes a un modo de vida, en el que se caracteriza un proceso activo de participación y comunicación libre, y que se diferencia de la sociedad mayor sin dejar de pertenecer a ella” (Montero, 1993, pág. 5). Es sin duda ésta una de las visiones más completas de comunidad. Sin embargo, haremos referencia a otros conceptos que sirvieron para fortalecer los que aquí se mencionan.

Marchioni (1997) nos acerca a una explicación más clara de los propósitos que hemos perseguido en nuestro trabajo, tenemos en cuenta elementos con los cuales él fundamenta el estudio comunitario, lográndose el objetivo, con el abordaje de cuatro características esenciales de la *comunidad*: el territorio, la población, las demandas /problemas/ necesidades y recursos.

Pudiéndose hacer un análisis de la población desde múltiples parámetros: por edad, sexo, nivel de escolarización, nivel socio-económico, por el tipo de grupos/asociaciones que tiene, por las características familiares, por la historia y evolución del asentamiento poblacional, etc. Sea cual sea la manera de mirarla, la población y sus características serán una razón fundamental de cualquier trabajo comunitario.

Del mismo modo, las demandas de la población son razones fundamentales de la acción social; éstas son las que orientarán el trabajo científico. Trabajo que será posible encaminar contando con el primer y más importante **recurso**, la comunidad misma. Con esta consideración es posible potenciar otros recursos, a través de la participación y el cambio; cambio que redundará en el propio proceso del desarrollo comunitario.

Todos estos hechos sociales traducidos en conceptos (comunidad, territorio, población, demandas/necesidades, recursos, participación, cambio y desarrollo comunitario), nos han llevado a una cuestión fundamental: **el análisis de la realidad**

Comunidad y Sociedad:

La **comunidad** remite a un universo de relaciones complejas y densas entre los individuos que establecen en ella marcos de *sociabilidad*, entendida como cooperación y reciprocidad. La **sociedad** se describe como un conjunto de individuos más o menos iguales en derecho y obligaciones, sistema de normas y leyes que establecen una relación contractual con el estado, garante de los mismos.

La distinción realizada por Tonnies (1979), entre **sociedad** y **comunidad**; a la **sociedad** se le puede atribuir las cualidades de ser una unidad artificial, comportar una forma de estar para el individuo, priorizar valores divergentes e individuales y regirse fundamentalmente por lo jurídico; a la **comunidad** como tal, se le atribuye ser una unidad espontánea y natural, una forma de “ser” para el individuo - más estable que el “estar”, la priorización de valores colectivos un regirse por lo ético.

Tipos de Comunidad

Las relaciones y procesos en comunidades urbanas nos permitirán ubicar mejor nuestro contexto como actuación. Algunas de ellas son:

- *Comunidad de sangre*: es la más natural; posee un origen biológico; conformado por la familia, la parentela, y el clan. Es la comunidad más primitiva.

- *Comunidad de lugar*: está formada por la vecindad; es especialmente típica de los medios rurales y barrios urbanos, aunque con características diferenciadas en cada caso. Es el tipo de comunidad que nos interesa en el planteamiento de esta investigación

- *Comunidad de espíritu*: establecida sobre la base de la amistad, la concordia y una cierta unanimidad de espíritu y sentimientos. Este tipo de comunidad se encuentra tanto en las poblaciones pequeñas donde se conocen las personas, como en la comunidad en donde prevalece una cultura que los caracteriza y en los grupos religiosos.

- *Grupos urbanos*: son las formas de agrupación, especialmente entre jóvenes, en función de actitudes hacia temas concretos y formas externas de conducta. Es típica de las pandillas juveniles, y en ocasiones de ciertos grupos marginales.

- *Instituciones sociales*: que viven en régimen de comunidad (escuelas, etc).

Partiendo desde una perspectiva ecológica de la conducta social humana, se constata la necesidad de situarse en los propios marcos naturales en los que se producen los intercambios de los sujetos con su entorno, por lo que hemos utilizado el barrio como unidad de análisis, dado que es el marco donde se desenvuelven las interacciones entre los vecinos y los procesos de participación y adquisición del sentimiento de pertenencia e identidad.

Funciones de la comunidad

Por otro lado, han sido señaladas una serie de funciones que dan sentido a la comunidad. Siguiendo a Warren (1972) citaremos las siguientes:

- **Socialización**: Distintos mecanismos que utiliza la sociedad para preparar a los individuos a la inserción social (familia, escuelas, padre de amigos, legislación, normas de tránsito, código de convivencia humana, etc.) entendida como transmisión de valores, incorporación y respeto a la norma, educación formal e informal, generación de hábitos y rutinas, sanción al incumplimiento de la norma, etc.

- **Control social**: conjunto de prácticas, actitudes y valores destinados a mantener el orden establecido por la sociedad, con el fin de lograr una convivencia armoniosa y organizada. Entre los medios de control social están las normas sociales, las instituciones, las leyes, la religión, las jerarquías, los medios de represión, los comportamientos

generalmente aceptados, los usos y costumbres (sistema informal, que puede incluir prejuicios) y leyes (sistema formal, que incluye sanciones).

- **Encauzamiento de la participación social** en distintas organizaciones y asociaciones comunitarias.
- **Apoyo social**, son los diversos vínculos que la familia establece con la red social para satisfacer demandas cotidianas a través del intercambio dinámico y significativo de recursos utilizados y potencialmente útiles con el ambiente, tanto formal como informal.
- **Producción, distribución y consumo**, se trata de la actividad económica de la comunidad; una de las funciones que desempeña el entorno natural es la de formar a sus miembros para ser miembros productivos, proveer materias primas y energía, sin los cuales serán imposibles la producción y el consumo.

Sánchez (1991) sugiere que debería incluirse entre las funciones atribuidas a la comunidad, el carácter de “**fuerza de sentimiento de identidad**” del sujeto hacia el grupo, una variable psicosocial muy importante dentro del concepto de comunidad, que debe de tomarse muy en consideración.

Comunidad y Barrio:

El barrio permite obtener una perspectiva más completa y globalizadora que la simple consideración del individuo o la familia. Habitualmente, las relaciones de vecindario hacen posible la pervivencia del sistema de relación y solidaridad no reglados formalmente, pero que potencian recursos difíciles de encontrar y canalizar en otros contextos (Martínez y Luque, 1993). Además los barrios suelen coincidir en su delimitación en ámbitos de influencia de organizaciones ciudadanas, estableciéndose así relaciones cercanas entre los individuos, basadas en el mutuo conocimiento de sus miembros y en los niveles relacionales que se establecen (Martínez, 1987).

Sin embargo, como veremos en las líneas siguientes, el “**barrio**” percibido por los ciudadanos no siempre coincide con la unidad administrativa reglada. Por ello, y dado los diferentes usos del término barrio, realizaremos una sistematización que recoja las acepciones más usuales, tanto a nivel informal como a nivel científico.

1. **Barrio como unidad administrativa:** el criterio establecido para delimitarlo es únicamente el que utilizan las instituciones para operativizar sus funciones; está compuesto por:

- ◆ Un grupo de personas adscriptas censalmente al barrio, sin más criterio que el estadístico.

- ◆ Un espacio geográfico delimitado por calles establecidas de una manera arbitraria. Desde este punto de vista no se parte del sentir de los ciudadanos, pues *no se tiene en cuenta ninguna variable psicosocial como la percepción de los vecinos hacia el barrio o el*

sentimiento de pertenencia e identidad. Al contrario se utilizan otras variables más asépticas y objetivas.

2. **Barrio como vecindario:** se establece como criterio su estructura social ya que se trata de algo más que de una categoría geográfica (Gracia, 1991). El criterio responde a las relaciones que se establecen entre sus habitantes y los procesos que de estas se desprenden; apunta características que comienzan a definir una comunidad, lo cual no significa que tenga que darse necesariamente la misma. Un vecindario así entendido, ejerce las siguientes funciones:

- ◆ Es un espacio para la interacción informal. La sociabilidad vecinal se suele manifestar en intercambios entre vecinos cuyas residencias se encuentran próximas entre si.

- ◆ Es fuente de influencia interpersonal, tanto encubierta como manifiesta.

- ◆ Es fuente de ayuda mutua, tanto en situaciones de emergencia como cotidianas.

- ◆ Puede actuar como base organizativa y asociativa. Las asociaciones, si es que existen, pueden ser paralelas a otros círculos mayores, competir con otras unidades sociales, así como facilitar la participación comunitaria.

- ◆ Actúa como grupo de referencia en el proceso de formación de la identidad.

- ◆ Es espacio de prestigio o estatus.

Como vemos, en el barrio entendido como vecindario entran algunas de las características que definen una comunidad. Esto es debido a que para que exista comunidad en el barrio, es una condición imprescindible que exista previamente un vecindario. Por razones de operativización, pensamos que es importante separar ambos niveles de análisis: vecindario y comunidad. Dentro de un vecindario puede darse una comunidad, pero un vecindario, sin más, no es necesariamente una comunidad.

Barrio como comunidad: en esta acepción el criterio que se utiliza es el *psicosocial*. Partiendo de la comunidad de lugar, lo que define al barrio como comunidad es el sentimiento de pertenencia y la ubicación del mismo. La comunidad aparece como un agregado de población que habita en un territorio continuo e integrado, mediante experiencias pasadas, en una historia conocida como propia, que además posee un determinado número de instituciones y servicios públicos, que tienen conciencia de unidad, y que es capaz de actuar en calidad de corporación para resolver las periódicas crisis de la vida (Olsen, 1960).

El barrio puede constituirse como unidad de convivencia que combina aspectos de la sociedad y de la comunidad; a esto aludíamos cuando apuntábamos que en un vecindario puede darse o no una comunidad. Dentro del concepto de barrio como vecindario las relaciones interpersonales pueden producirse de una manera funcional, con un sentido externo de la identidad en los vecinos y no conformar necesariamente una comunidad.

Pero si a partir de estas relaciones interpersonales, bien espontáneamente o inducidas por un interventor comunitario, se va creando una relación cálida, que identifique internamente a los sujetos y proporcione un sentimiento interno de pertenencia y cohesión, entonces se podría hablar de la existencia de una comunidad en el vecindario.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Desde hace tiempo se viene demostrando a nivel de salud que el enfoque médico hegemónico y el poder paternalista en los centros de salud no son suficientes ni favorecedores para mejorar las condiciones de salud de la población y sobre todo de aquellas vulnerables o debilitadas por las difíciles condiciones de vida en la que se encuentran. Por lo que desde la implementación de la estrategia de APS, se busca establecer un cambio en la modalidad de relación entre la comunidad beneficiaria y las instituciones de salud prestadora de servicios.

Este cambio radica en que las personas, familia y comunidad participen, es decir tengan su poder de decisión, asumiendo responsabilidad sobre su propia salud, y en tal proceso el equipo sanitario colabore para ayudar a satisfacer las necesidades percibidas por la propia comunidad.

Existen diferentes conceptualizaciones de participación, pero el énfasis está puesto en los actores a quienes involucra; en relación al lugar que ocupan los participantes en relación a la importancia y jerarquía de las decisiones que toman.

Participación: es el ejercicio del derecho de todo ciudadano, que supone la posibilidad y la responsabilidad permanente de decidir y actuar⁸

La participación comunitaria, es un proceso social que supone el ejercicio permanente de poder: tomar decisiones, actuar y transformar la realidad por parte de los miembros de la comunidad, en base a sus necesidades. “La participación se debe producir a nivel de gestión, es decir, la comunidad y el equipo de salud deben tener una relación horizontal, en la cual ambos actores sociales definan un problema y los modos de solucionarlo”⁹.

También es necesario entender a la participación como ejercicio de derechos ciudadanos, que supone la posibilidad y la responsabilidad permanente de PODER DECIDIR, actuar, transformar, controlar y gestionar.

Es un proceso social e históricamente construido que supone el ejercicio permanente de PODER HACER; NO PODER como la fuerza que me permite ejercer sometimientos de

⁸ OPS. *participación Social, (serie Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas Locales de Salud)* Washington 1990

⁹ Patricia Huerta San Martín *Herramientas para el Fortalecimiento del Trabajo con las Comunidades. I Parte*, Concepción 2007

cualquier tipo sobre otros, sino PODER como POSIBILIDAD CONCRETA Y COLECTIVA DE SER PROTAGONISTA DE LA TRANSFORMACION.

Es por ello que la comunidad no puede ser receptora o pasiva de los cambios que se desarrollen en la misma, si no que debe asumir el poder y decidir sobre las alternativas para dar respuesta a sus necesidades. Mientras que el equipo de salud debe tener presente las necesidades percibidas de la población y ayudar a satisfacerlas; respetando los conocimientos previos y la cultura de las personas de la comunidad.

El trabajo a nivel comunitario debe responder a la demanda del grupo poblacional y para ello se necesita de la interdisciplinariedad y la intersectorial, con la participación activa de los diferentes sectores.

“La participación comunitaria se construye en la piedra angular del movimiento de APS”¹⁰.


Por lo que la planificación de estrategias participativas y el trabajo con diferentes sectores de la sociedad permiten el desarrollo conjunto de actividades en bien de la comunidad; permitiendo ampliar la cobertura y disminuir los costos de atención de salud.¹¹

La participación activa de los grupos sociales se favorecerá siempre y cuando el nivel político permita a la comunidad tomar decisiones y plantear su punto de vista en base a sus requerimientos, no se debe confundir la participación activa con la instituida por invitación o inducida porque se corre el riesgo de reforzar la pasividad, dependencia y sumisión.

Los procesos participativos en cada comunidad tienen características socioculturales propias que esterilizan las estrategias sanitarias masivas. Es importante indagar acerca de las características socioculturales locales, trayectorias organizativas de las comunidades, los modos de circulación del poder y por ende de las tomas de decisiones, tanto en los ámbitos familiares típicos de la zona, como a nivel colectivo, y de las organizaciones sociales; Para implementar estrategias participativas orientadas a los cambios más profundos y sostenibles; es necesario construir diagnósticos comunitarios problematizadores acerca de la enfermedad y en función de las necesidades sentidas de las comunidades. Permitiendo generar procesos de planificación participativa, en donde tenga un verdadero encuentro el discurso y la práctica que facilite el protagonismo real en el ejercicio ciudadano de la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud a través de mecanismos horizontales de toma de decisiones.

¹⁰ APS y participación comunitaria, comunicando salud, revista de atención primaria de la salud, número 9, Córdoba, Argentina, septiembre 2007.

¹¹ Bronfman, M. Gleizer, M, *participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de que hablamos cuando hablamos de participación comunitaria*, Rio de Janeiro, 10 (1) 1994



FAMILIA

¿Qué es la familia?

Dra. Josefa Delgado

Todos sabemos lo que es una *familia*, o por lo menos así lo pensamos. Sin embargo, la palabra familia genera diferentes imágenes en cada uno de nosotros, como también en el significado que le atribuimos. Dependiendo del contexto social y cultural de referencia, tornase en campo de estudio de gran interés para las diferentes áreas del saber humano (antropología, sociología, psicología, ciencias de la salud, economía, entre otras), no sólo por la riqueza de vivencias que genera, más también por su relacionamiento e influencia en la vida de los pueblos.

Todos nosotros tenemos posibilidades de hacer parte de una familia; “vivir” en familia es una experiencia única para cada familia y para cada uno de sus integrantes, para cada uno de nosotros.

No existen datos precisos del origen de la familia, arqueólogos y antropólogos continúan descubriendo evidencias, mas es cierto que remonta a antes de la historia escrita. A lo largo del tiempo, la familia emerge muy vinculada al estudio de la estructura social, económica y política de las diferentes sociedades al ser considerada la *unidad básica* que tiene gran influencia en una sociedad. Las diferentes formas de vivir de la familia a través del tiempo, vienen reflejando aspectos fundamentales de la mentalidad de cada época.

En la historia de la familia en el mundo, diferentes significados fueron surgiendo de distintas corrientes del pensamiento evidenciando varios elementos ligado fundamentalmente a la estructura, a las funciones y a la dinámica familiar.

Establecer el alcance del término "**familia**" no es fácil, pues existen diversas tipologías que están determinadas por una variada gama de factores que convergen: económicos, políticos, demográficos, sociales y la cultura donde se encuentra inmersa. Intentar unificar criterios se arriesga a discriminar ciertas formas de familias tan sólidas como otras, que están en vigencia en nuestra sociedad. *En toda familia cada miembro se siente parte de la misma y a su vez la familia lo reconoce como miembro.*

Entre los conceptos de familia que existen, están los que enfatizan el parentesco ya sea de afinidad o biológico, otros toman como base las funciones de la familia, otros las interacciones entre los miembros, mientras que otros incluyen la idea de compartir un techo y sin duda alguna, para la mayoría, la existencia de hijos es un factor fundamental en la definición de la familia. Frente a esta diversidad de tipologías familiares, la más difundida es la del sociólogo Duvall (1977): "*dos o mas personas que se relacionan a través del matrimonio, de la sangre, el nacimiento o de la adopción*".

Si bien esta definición es característica de un número importante de familias, en muchos otros grupos de familia no se dan este tipo de relaciones, ya que la estructura de la familia es muy diferente, es necesario definirla mas ampliamente para incluirla la gran variedad de tipos de familia que existen en la sociedad actual.

Frente a esta diversidad de tipologías familiares, se puede decir que la **familia**.

Es un sistema social que posee límites propios de vínculos y hábitat, donde existe una trama relacional ideológica, psicológica y afectiva que se establece espontáneamente entre sus miembros que se sienten parte de ella y son reconocidos como tal, interactúan regularmente, manifestando signos de ser interdependiente e interrelacionados en su medio interno y externo para alcanzar metas comunes auto propuestas.

Avanzando en el estudio del *significado* de *familia*, Delgado (2003) diferencia además del significado asignado por las diferentes ciencias, un significado que surge desde las características propias y esenciales de la familia.

Las características propias específicas de una familia estarían constituidas por elementos que hacen a su propia vida, a su propia existencia, dándole una identidad perdurable e intransferible. Estos **elementos** contribuyen para que su existencia sea diferente a la de otros grupos humanos. Entre estos constituyentes básicos podemos identificar:

- *Sus miembros pueden compartir vivencias y experiencias cotidianas de la familia:* comienza en el momento mismo que se constituye la familia. Compartir la vida en familia genera su existencia, su vida.
- *En cada miembro surge el sentimiento de pertenencia “primaria”:* La familia se torna creadora de su propia historia de vida, va adquiriendo su propio significado y el grupo como tal.
- *La familia es referente de sí misma en cada uno de sus miembros:* emerge – no del vínculo sanguíneo o legal – más sí del sentimiento de coexistencia, cada uno tiene un lugar atribuido en la familia y entre todos definen una dinámica propia.
- *Cuidado:* El compartir – en este vivir “en” familia – significa participar, ayudar, colaborar, tener o utilizar algo, cooperar en algo, ser solidario; todo ello equivale a diferentes formas de “**cuidarse**”.
- *La cotidianidad familiar genera entre los miembros de la familia “sentimientos ínter ligados”:* se inician con la propia vida a través de la interrelación e interacción que las personas desarrollan en el mundo de la familia. Estos sentimientos son diferenciados –

materno/paterno, conyugal, filial y fraterno – y están vinculados con el lugar que cada miembro tiene en la estructura familiar. Sólo se dan en el ámbito de la familia.

A través de los diferentes conceptos de familia, que podemos analizar, encontramos elementos comunes que la definen como unidad funcional biosicosocial con características propias. Ellas son: *características estructurales*, *características funcionales* y *características evolutivas*. Las mismas son de gran importancia conocerlas y valorarlas cuando debemos trabajar con la familia en acciones de salud.

Desde la perspectiva de la salud ¿qué deberíamos conocer de la familia? Es imprescindible conocer básicamente la estructura, la función y el proceso familiar.

Características de Estructura Familiar

Está definida por número de personas que la integran, los vínculos que se dan entre ellas, posiciones que tienen dentro del grupo y roles que desempeñan de acuerdo al sexo, edad y condicionantes culturales. Así nos encontramos con una variada tipología de estructuras.

Tipos de familia

Aquí se pueden utilizar diferentes elementos para diferenciar los tipos de familia. Las formas más comunes de clasificación tienen en cuenta:

- Número de integrantes
- Vínculos
- Origen

Según el **número de integrantes** identificamos familias:

- * *Pequeña*: no más de cuatro miembros.
- * *Mediana*: entre cinco a seis miembros.
- * *Grande*: siete o más miembros.

Según **vínculos**, la familia puede ser:

- * *Nuclear*: formada por una o dos generaciones: padres e hijos. A su vez podemos encontrar:
 - ✓ *Familia nuclear simple*: integrada por una pareja, sin hijos.
 - ✓ *Familia nuclear biparental*: integrada por el padre, la madre y los hijos
 - ✓ *Familia nuclear monoparental*: integrada por uno de los padres y uno o más hijos.

- * *Ampliada*: formada por la pareja o uno de ellos, con hijos o sin ellos más otros parientes (abuelos, tíos, primos), que conviven en un mismo hogar.
- * *Extendida*: integrada por la pareja o uno de sus miembros, con o sin hijos y por otros miembros no consanguíneos o convivientes afines (vecino, amigo, compadre, ahijada/os).
- * *Nuevos tipos*:
 - ✓ *Mixta o binuclear*: formada por dos familias que se integran a partir de la separación o divorcio que en cada pareja se dio. Los hijos de ambas familias se integran.
 - ✓ *Homosexuales*: la pareja está constituida por dos personas del mismo sexo. Los hijos pueden llegar por relaciones heterosexuales de uno o ambos miembros, por adopción o procreación asistida.
 - ✓ *Grupos fraternos*: integrada por hermanos; tíos-sobrinos; abuelos-nietos.
 - ✓ *Familias comunales*: individuos o familias no relacionadas que cohabitan o viven juntos en el mismo hogar formando una nueva unidad familiar.

Según el **origen**, la familia puede ser:

- * *Biológica*: padres biológicos e hijos (familia nuclear). Grupo donde inicia su existencia cada uno de nosotros.
- * *Adoptiva*: padres sustitutos e hijos adoptivos.
- * *De origen*: familia donde desarrolla y crece la persona.

La *estructura familiar* está dada por la organización de las relaciones (paterna-materna, filial, fraterno, conyugal), roles, normas y reglas (expresión observable de los valores de la familia) que guían la vida del grupo familiar. La estructura de relaciones es construida, mantenida y manifestada por medio de un proceso dinámico y flexible.



La estructura puede facilitar o entorpecer la capacidad de la familia para reaccionar ante situaciones esperadas o imprevistas. Si las estructuras son muy rígidas o muy flexibles, pueden generar ciertas dificultades en el funcionamiento familiar.

Características Funcionales de la Familia

La familia puede desarrollarse y crecer a través de un proceso de interacción, interrelación e interdependencia con su medio interno, como así también, con el medio externo. La familia se inicia al existir un intercambio efectivo y estable de energía afectiva para luego cumplir funciones complejas, permitiéndole al núcleo continuar con su evolución y conservación de sus características a través de las distintas etapas de su vida, las que están vinculadas al momento histórico-cultural que le toca vivir.

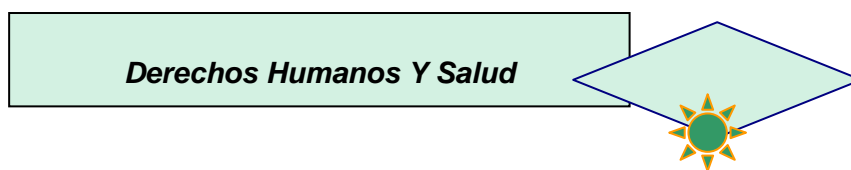
Friedman (1986) describió el **funcionamiento familiar**, el cual incluye los procesos utilizados por la familia para lograr sus *objetivos*. Entre dichos procesos figuran:

- ✓ La comunicación entre los miembros de la familia.
- ✓ El establecimiento de objetivos.
- ✓ La resolución de conflictos.
- ✓ Crianza de los hijos.
- ✓ Utilización de los recursos internos y externos.

Como *grupo social* – para poder satisfacer las necesidades de la sociedad – debe mantener su integridad y desempeñar algunas actividades (individual y grupal) para el establecimiento, mantenimiento y fortalecimiento de vínculos familiares. Sus funciones pueden variar de una sociedad a otra, no son todas universales. Entre las *funciones* que una familia puede cumplir se destacan:

- * *Socialización de sus miembros*: la familia prepara a cada integrante para que pueda relacionarse con su medio – inmediato y mediato – y desarrollarse como persona. Esa preparación se inicia en el seno familiar con el aprendizaje, entre otros, de:
 - La comunicación
 - Desarrollo de vínculos afectivos
 - Respeto a la norma
 - Cumplimiento de rutinas
- * *Regulación sexual*: mediante la estructura familiar se organiza y regula la satisfacción de los deseos sexuales. Dentro de la familia son permitido distintos tipos de comportamientos sexuales en función de sus valores culturales.

- * *Reproductora*: toda sociedad depende primariamente de la familia en lo referente a la concepción y nacimiento de nuevas personas.
- * *Afectiva*: es en la familia donde se reciben las primeras manifestaciones afectivas y se las sigue recibiendo a lo largo de la vida. Proporciona apoyo emocional y cierta seguridad a sus miembros mediante el amor, aceptación, el interés y la comprensión. Este componente afectivo mantiene a la familia unida y les da a sus miembros un sentido de pertenencia y referencia.
- * *Protección y seguridad*: esto se consigue mediante la satisfacción de las necesidades básicas de sus miembros: alimentación, vestido y vivienda. La creación de un ambiente de seguridad requiere de conocimientos, experiencia y recursos económicos suficientes.
- * *Definición de status*: al pertenecer a una familia se adquiere un status por edad, sexo, rol; se adquiere un nivel social, una religión, una clase, una posición en la sociedad, etc. El status que se tiene influye en cómo se vive la salud y la enfermedad, y condiciona la responsabilidad para ser ayudado o ayudar en momentos de demandas de salud.
- * *Económica*: la familia es una unidad económica básica; proporciona recursos para la fuerza laboral de la sociedad (economía). Las relaciones económicas dentro del hogar refleja las relaciones familiares, y la familia trabajó bajo el liderazgo de un jefe de hogar.



Adaptado por Lic. Malvina Lobos

Introducción

Las personas tenemos necesidad de participar, porque somos seres sociales y participando se potencian nuestras posibilidades de lograr objetivos comunes. También necesitamos tener una identidad propia, con nuestros propios símbolos, lenguajes, nuestras propias costumbres y culturas; que se van creando a lo largo de los años con la historia de cada pueblo. Son muchos otros los Derechos Humanos que hacen a la calidad de vida y que aquí nos quedarán sin mencionar, pero hay uno muy importante y que pocas veces se tiene en cuenta en toda su magnitud, es la Libertad; que significa poder elegir lo que haremos con nuestras vidas y las de nuestros hijos hasta que estos tengan la posibilidad de

tomar sus propias decisiones. Significa nacer y crecer todos con los mismos derechos y las mismas posibilidades ante la vida.

¿QUÉ SON LOS DERECHOS HUMANOS?

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.

Los derechos humanos universales están a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos.

Universales e inalienables

El principio de la universalidad de los derechos humanos es la piedra angular del derecho internacional de los derechos humanos. Este principio, tal como se destacara inicialmente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, se ha reiterado en numerosos convenios, declaraciones y resoluciones internacionales de derechos humanos. En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, por ejemplo, se dispuso que todos los Estados tenían el deber, independientemente de sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.

Todos los Estados han ratificado al menos uno, y el 80 por ciento de ellos cuatro o más, de los principales tratados de derechos humanos, reflejando así el consentimiento de los Estados para establecer obligaciones jurídicas que se comprometen a cumplir, y confiriéndole al concepto de la universalidad una expresión concreta. Algunas normas fundamentales de derechos humanos gozan de protección universal en virtud del derecho internacional consuetudinario a través de todas las fronteras y civilizaciones.

Los derechos humanos son inalienables. No deben suprimirse, salvo en determinadas situaciones y según las debidas garantías procesales. Por ejemplo, se puede restringir el derecho a la libertad si un tribunal de justicia dictamina que una persona es culpable de haber cometido un delito.

Interdependientes e indivisibles

Todos los derechos humanos, sean éstos los derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, la igualdad ante la ley y la libertad de expresión; los derechos económicos, sociales y culturales, como el derecho al trabajo, la seguridad social y la educación; o los derechos colectivos, como los derechos al desarrollo y la libre determinación, todos son derechos indivisibles, interrelacionados e interdependientes. El avance de uno facilita el avance de los demás. De la misma manera, la privación de un derecho afecta negativamente a los demás.

Iguales y no discriminatorios

La no discriminación es un principio transversal en el derecho internacional de derechos humanos. Está presente en todos los principales tratados de derechos humanos y constituye el tema central de algunas convenciones internacionales como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. El principio se aplica a toda persona en relación con todos los derechos humanos y las libertades, y prohíbe la discriminación sobre la base de una lista no exhaustiva de categorías tales como sexo, raza, color, y así sucesivamente. El principio de la no discriminación se complementa con el principio de igualdad, como lo estipula el artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos".

Derechos y obligaciones

Los derechos humanos incluyen tanto derechos como obligaciones. Los Estados asumen las obligaciones y los deberes, en virtud del derecho internacional, de respetar, proteger y realizar los derechos humanos. La obligación de respetarlos significa que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos, o de limitarlos. La obligación de protegerlos exige que los Estados impidan los abusos de los derechos humanos contra individuos y grupos. La obligación de realizarlos significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los derechos humanos básicos. En el plano individual, así como debemos hacer respetar nuestros derechos humanos, también debemos respetar los derechos humanos de los demás.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948

Preámbulo

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos

los miembros de la familia humana, Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad; y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias,

Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión, Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones, Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad, Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre, y Considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso,

La Asamblea General

Proclama la presente Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Artículo 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2:

1. Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
2. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónoma o sometida a cualquier otra limitación de soberanía. 2

Artículo 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4: Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre; la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5: Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6: Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7: Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8: Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo, ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9: Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10: Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11

1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.

2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12: Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado. 3

2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso el propio, y a regresar a su país.

Artículo 14

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.

2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.

2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia; y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.

3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.

2. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18: Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19: Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.

2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21

1. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.

2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país. 4

3. La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22: Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24: Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.
2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos; y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.
3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten. 5

2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28: Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29

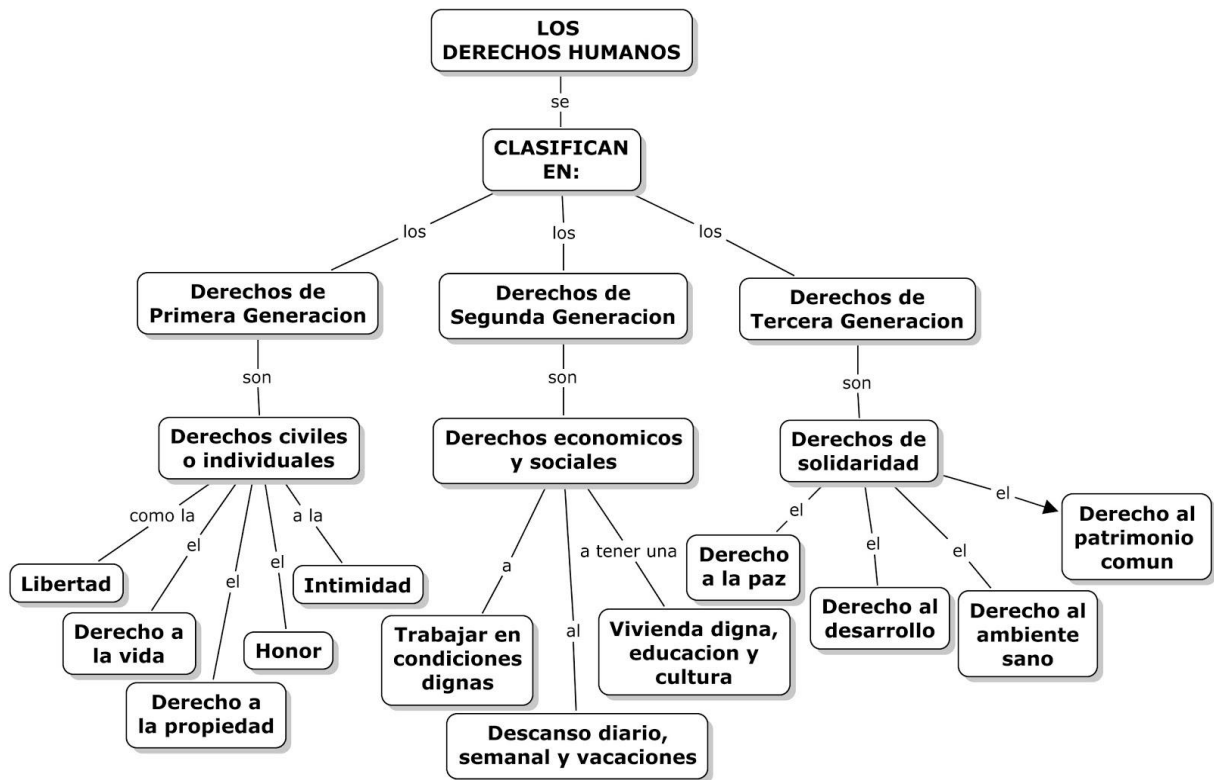
1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.

3. Estos derechos y libertades no podrán en ningún caso ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30: Nada en la presente Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta.

Clasificación de Derechos Humanos



BIBLIOGRAFÍA

- Caja López, C. & López Pisa, R. *Enfermería Comunitaria*. Vol III .. Barcelona: Ed. Científicas y Técnicas, S.A. 1993.
- Delgado, J. “*Aproximaçãõ à compreensãõ ontológica da familia baseada no pensamento de Heidegger*”. Tesis. UFSC. 2003.
- *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Hanson, S. & Boyd, S. *Family Health Care Nursing*. Philadelphia: Ed. F.A. Davis Company. 1996.
- Sánchez Moreno, A. *Enfermería Comunitaria*. Vol. I. España: Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2000.

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

Dr. Gustavo Ledesma Vallejo

La tarea del estudiante, su gran empresa, por un largo periodo de vida es estudiar y a estudiar se aprende.

Introducción:

Hoy comienzas una nueva etapa, tienes un nuevo rol, eres "estudiante universitario", pero... y eso qué significa?, significa muchas cosas, y entre esas es que estás aquí por voluntad propia, tú elegiste ésta carrera y éste lugar. Tú decidiste seguir preparándote para tu futura vida profesional.

Y aquí estás, en el momento de largada, en una larga carrera, que es la carrera de la vida.

La universidad presenta una forma de trabajo diferente, asociada a la experiencia adulta de nuevas situaciones, a la asunción de diferentes desafíos y al conocimiento de nuevas personas. Todos estos aspectos requieren que ustedes, como estudiantes, asuman cambios y también pongan en marcha nuevas formas de actuar. Es por ello que la mirada del otro, las perspectivas que se intercambian, la escucha atenta y genuina, la valoración de los encuentros con "otros", constituyen situaciones privilegiadas para generar aprendizajes individuales y colectivos.

Cada clase del curso de ingreso, está diseñada para ofrecerte conceptos y herramientas que te permitan desenvolverte de la manera más competente posible.

Podrás desarrollar habilidades cada vez más complejas que serán requeridas, no sólo en el camino de la educación superior sino en el desarrollo profesional. Esfuerzo, dedicación, acercamiento a los docentes para canalizar dudas y, también, perder el temor (porque la universidad es, tu universidad,) son condiciones imprescindibles para que la propuesta que te hacemos desde este curso llegue a destino. Los invitamos a iniciar juntos este camino. Estamos a disposición en todo lo que necesiten.

Sos el hacedor de tu propio destino, ya no están tus padres, hermanos mayores, tíos o algún adulto que te obligue ir a la escuela y tampoco un preceptor que controle tus faltas y tardanzas. Ahora sos vos el que se responsabiliza de la asistencia a clase, del estudio diario, de tener todo el material de estudio. En fin, empiezas a manejar vos solo tu propia vida, manejar tus tiempos, tus responsabilidades.

Para ello necesitas organizarte y adquirir un "método" personal para el estudio. Método entendido éste como un modo de obrar o de proceder que cada uno tiene. Permite organizar el pensamiento para lograr un objetivo en forma eficiente. En el estudio significa formar costumbre de estudiar, crear una "cultura estudiantil" que permita responsabilizarte de tu propia empresa.

A través de esta cultura, puedes vislumbrar que el estudio, la calidad del estudio depende de vos; vos decides, la fuerza, la voluntad y el talento están en vos.

Propósitos:

- Ofrecer una propuesta académica que posibilite una primera aproximación de los estudiantes a la vida universitaria.
- Promover el desarrollo de expresiones orales y escritas coherentes y organizadas.
- Promover experiencias que vehiculicen el aprendizaje de los conceptos de la materia.

Marco metodológico

La metodología de trabajo propuesta es teórico-práctica. Las clases tendrán una dinámica participativa y de intercambio permanente entre el docente y los estudiantes. Además, se propondrán trabajos grupales en los que se recuperarán los conocimientos previos del estudiante y lo trabajado las clases anteriores para articular e integrar los temas.

La realización de actividades prácticas permitirá a los estudiantes la apropiación del contenido, favoreciendo el aprendizaje.

El equipo que te acompañara en este camino, decidió comenzar con un cuento de Jorge Bucal, para ir adentrándonos en este largo proceso que comienza hoy:

SIN NOMBRE

En un oasis escondido entre los más lejanos paisajes del desierto, se encontraba el viejo ELIAHU de rodillas, a un costado de algunas palmeras datileras.

Su vecino HAKIM, el acaudalado mercader, se detuvo en el oasis a abrevar sus camellos y vio a ELIAHU transpirando, mientras parecía cavar en la arena.

-Que tal anciano? La paz sea contigo.

-Contigo- contesto ELIAHU sin dejar su tarea.

-Que haces aquí, con esta temperatura, y esa pala en las manos?

-Siembro- contesto el viejo.

-Que siembras aquí, ELIAHU?

-Dátiles -respondió ELIAHU mientras señalaba a su alrededor el palmar.

-Dátiles!!!- repitió el recién llegado, y cerró los ojos como quien escucha la mayor estupidez.

-El calor te ha dañado el cerebro, querido amigo. Ven, deja esa tarea y vamos a la tienda a beber una copa de licor.

-No debo terminar la siembra. Luego si quieres, beberemos...

-Dime, amigo: Cuántos años tienes?

-No sé... sesenta, setenta, ochenta, no se... lo he olvidado... pero eso que importa?

-Mira amigo, los datileros tardan más de 50 años en crecer y recién después de ser palmeras adultas están en condiciones de dar frutos. Yo no estoy deseándote el mal y lo sabes, ojalá vivas hasta los 101 años, pero tú sabes que difícilmente puedas llegar a cosechar algo de lo que hoy siembras. Deja eso y ven conmigo.

-Mira Hakim, yo comí los dátiles que otro sembró, otro que tampoco soñó con probar esos dátiles. Yo siembro hoy, para que otros puedan comer mañana los dátiles que hoy planto... y aunque solo fuera en honor de aquel desconocido, vale la pena terminar mi tarea.

-Me has dado una gran lección, ELIAHU, déjame que te pague con una bolsa de monedas esta enseñanza que hoy me diste - y diciendo esto, HAKIM le puso en la mano al viejo una bolsa de cuero.

-Te agradezco tus monedas, amigo. Ya ves, a veces pasa esto: tu me pronosticabas que no llegaría a cosechar lo que sembrara. Parecía cierto y sin embargo, mira, todavía no término de sembrar y ya coseche una bolsa de monedas y la gratitud de un amigo.

-Tu sabiduría me asombra, anciano. Esta es la segunda gran lección que me das hoy y es quizás más importante que la primera. Déjame pues que pague esta lección con otra bolsa de monedas.

-Y a veces pasa esto -siguió el anciano y extendió la mano mirando las dos bolsas de monedas-: sembré para no cosechar y antes de terminar de sembrar ya coseche no solo una, sino dos veces.

-Ya basta, viejo, no sigas hablando. Si sigues enseñándome cosas tengo miedo de que no me alcance toda mi fortuna para pagarte...

Técnica de la Lectura



La lectura no es una actividad simple, más bien lo contrario. Exige coordinar una amplia variedad de actividades, cada una de las cuales es en sí misma compleja. Por otro lado, muchas de estas actividades no son específicas de la lectura e intervienen siempre que ponemos en juego el lenguaje. De cara a facilitar la exposición, podemos iniciar este recorrido por las distintas actividades involucradas haciendo una primera distinción: por una parte, las actividades implicadas en asignar un significado a los símbolos escritos; por otra, aquéllas que conjugan estos significados de las palabras hasta alcanzar la interpretación plena del texto. Aludiremos a las primeras con el término reconocimiento o identificación de las palabras escritas, que son, como veremos, las actividades implicadas en lo que comúnmente entendemos como aprender a leer. El segundo conjunto de actividades tienen que ver con la comprensión de los textos y, forzando algo las cosas, podríamos considerarlas como las actividades que permiten leer para aprender. Una vez descritas cada una de estas actividades, concluiremos esta primera parte indicando cómo coordinamos su ejecución.

Leer implica elementos tanto físicos como mentales.

Respecto a los elementos físicos podemos decir:

Movimientos arrítmicos: saltan sus ojos alrededor de la página. Respecto al movimiento de los ojos en la lectura consiste en tres actividades:

1. La **fijación**. Tiene lugar cuando tus ojos se detienen. Es el momento en que se lee.
2. Los **movimientos sacádicos**. Si observas los ojos de alguna persona que está leyendo, verás que los movimientos no son suaves sino que el ojo va a saltos.
3. La **barrida de retorno**. Cuando los ojos alcanzan el final de la línea, pasan a la siguiente realizando este tercer movimiento.

✓ Subvocalizan.

Se dicen las palabras según van leyéndolas.

✓ Concentración

Piensan en otras cosas cuando leen.

Respecto a los elementos mentales diremos que el término *lectura* será para nosotros sinónimo de comprensión.

Por eso podemos decir que hay dos tipos de lectores:



✓ Los **lectores ineficaces**: Leen todo a la misma velocidad. Hay que adaptar la velocidad al nivel de dificultad. Realizan movimientos ineficientes de los ojos. Regresiones innecesarias: vuelven atrás para releer material que ya habían leído



✓ Los lectores eficientes leen el material aproximadamente de 3 a 5 veces más deprisa que el lector medio. Tienen un movimiento de los ojos suave y rítmico mientras van avanzando a lo largo del material, con pocas regresiones (o relecturas del material). Sus ojos siempre están en el lugar previsto, en vez de ir vagando por la página. También tienen una amplia zona de enfoque sobre las palabras. Han reducido su nivel de subvocalización (decirse a ellos mismos la palabra) a un mínimo. Tienen un enfoque flexible y sistemático para muchos tipos diferentes de material, así como buena concentración y memoria.

Forma de Lectura

La mejor forma de comenzar la lectura es empleando el dedo como si fuera un puntero que marca el ritmo de lectura es la mejor herramienta para adquirir mayor velocidad y conseguir fijaciones más amplias.



¿Cómo tienes que usar el dedo? Muy sencillo, tienes que subrayar con el dedo cada línea de la página de margen a margen mientras lees. Esto dará a tus ojos un enfoque definido sobre la página. Obligas a los ojos a seguir al dedo y así se eliminan fácilmente las regresiones innecesarias. Y además, al tiempo que tus ojos avanzan más deprisa a lo largo de las líneas, empezarás a captar más palabras (fijaciones más amplias).

El movimiento de la mano sirve para marcar el ritmo.

Tus ojos deben **seguir al dedo** a lo largo de las líneas impresas. Mueve tu dedo a lo largo de las líneas lo suficientemente despacio para entender, pero no dejes que tu dedo se pare. Aplica una **ligera presión**. Cuando el dedo llegue al final de la línea, practica una **barrida de retorno con tu dedo y tus ojos**. Recuerda que la barrida de retorno no es más que el movimiento que hace llevar tus ojos hasta la primera palabra de la siguiente línea.



También puedes usar el movimiento en S sirve para controlar la velocidad y ampliar las fijaciones.

Este movimiento se utiliza para simulacros de lectura, para repasos y para análisis previos. No sirve como método de lectura normal.

Debes tener en cuenta que tu mano está definiendo una zona a la que deben mirar tus ojos, por eso no te preocupes si no puedes leer cuando vas marcha atrás.

Al principio tiene que resultarte incómodo, eso es una buena señal porque quiere decir que estás amenazando a tus viejos hábitos de lectura. La práctica es la clave de la comodidad. Cuanto más practiques más cómodo leerás, y por supuesto más rápido

Leer deprisa está muy bien, pero si no consigues entender lo que lees la velocidad de lectura no te habrá servido para nada.

Para comprender mejor lo que lees tienes que **dividir** la información, leer todos los conceptos, ideas, hechos y detalles **con atención cuidadosa y consciente** e intentar relacionar lo leído con lo que sabes de antes. Tienes que **reconstruir** la información de acuerdo con la finalidad que tengas.

Si haces esto, dominarás la información leída y será más importante lo que tu sepas del tema que el mismo texto original.

La clave de la lectura eficiente está en emplear sólo la cantidad adecuada de tiempo y esfuerzos que exija para cumplir su finalidad.

En este momento te propongo que antes de leer cualquier cosa te hagas unas preguntas.

✓ D

✓ escripción física del material.

¿De dónde proviene el material?

¿Cuánto tienes que leer?

¿Qué relación guarda con tu trabajo, afición o interés?

¿Es oportuno el material?

✓ Por qué leer el material.

¿Qué te impulsó a elegir esta selección?

¿La motivación fue interna o externa?

¿Qué tipo de información esperas del material?

¿Necesitas entender sólo los puntos principales, o también los hechos y detalles?

¿Darás a la nueva información algún uso?

¿Servirá para aumentar tus conocimientos sobre alguna materia?

¿Tendrás que exponer la información a otras personas?



✓ Previsión del material.

¿Qué crees que vas a aprender de lo leído?

¿Crees que servirá para satisfacer tu finalidad al leerlo?

¿Crees que te resultará fácil o difícil entender la información?

¿Interesante o pesada?

¿Entretenida o seria?

✓ Después de haber leído el material.

¿Estaban justificadas tus expectativas?

¿Has conseguido satisfacer las finalidades que perseguías?

¿Te ha ahorrado tiempo, o te ha supuesto un aumento de la comprensión del material el hecho de haberte planteado estas preguntas?

¿Si pudieras volver a leer por primera vez la selección, harías algo de manera diferente?

La finalidad de la inspección es darte una panorámica general del material.

¿Cómo se inspecciona?

Muy sencillo, tienes que mirar el índice, los capítulos, dibujos, gráficos, diagramas, resúmenes, preguntas.

Con la información que recojas de la inspección el cerebro se pondrá en marcha e intentará sin que te des cuenta dar una visión global de lo que leerás.

Además la inspección ayuda a reducir los temores ante lo que se leerá. Otra ventaja que se obtiene de la inspección es que refinarás la finalidad de la lectura y los objetivos. De esta manera podrás dividir el material a leer.

Una buena pauta para marcarse los objetivos de tiempo es recordar que una buena técnica es Estudiar durante 50 minutos y descansar 10.

En este examen previo tienes que identificar las áreas generales de información, buscar los conceptos más importantes, las ideas y las palabras clave.

El examen previo sensibiliza tu mente para recibir y organizar la información y te muestra el esquema general.

El examen previo te permitirá responder a las preguntas: ¿Cuánto tiempo de lectura? ¿Cuánta información se debe conseguir? ¿Cuánta información es esencial? ¿Qué nivel de comprensión se exige, y por lo tanto, qué técnicas se deben emplear para estudiar?

Bueno, llegó la hora de leer el material. Ahora no tienes que leer tan rápido, pero lee lo suficientemente rápido para evitar que el flujo de información se empantane y te obligue a perder la concentración.

Lee para responder a preguntas. Quiero decir con esto que leas los titulares importantes como si fueran preguntas, e intenta responder a esas preguntas

Es bueno tener un lápiz en la mano para señalar los pasajes, las palabras o las frases importantes.

***Es muy importante tomar notas mientras se lee
(Hacer o tomar apuntes).***

La toma de apuntes supone tres actividades:

1. **Reducir/Decir de otra forma.** Si es posible pon la información con tus propias palabras y de una forma reducida.

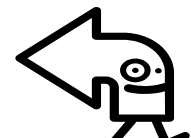
2. **Revisión.** Tienes que revisar tus notas subrayando los puntos, frases o palabras clave de cada párrafo.

3. **Reorganización.** No estaría nada mal hacer un esquema organizado con todas las notas tomadas.

La buena concentración en la lectura, o la capacidad de mantener tu atención pendiente de lo que tú quieres, se ve especialmente estimulada por las nuevas técnicas que has estado aprendiendo.

Sugerencias para mejorar la concentración:

Prepárate para concentrarte antes de empezar a leer.



Evita las distracciones externas.

Localiza el lugar adecuado.

Elimina interrupciones planeadas.

Elimina las distracciones sonoras.

Encuentra el momento adecuado.

Márcate objetivos (principio, centro y final).

Reduce las distracciones internas.

No des más largas a las cosas. Hazlas ahora.

Controla tus inquietudes.

Ponte una disciplina.

Entusiásmate con lo que lees.

Descansa adecuadamente. 50 minutos de estudio 10 de descanso.

Auxiliares de la lectura

1. Intenta mejorar tu vocabulario, consulta frecuentemente el diccionario. Haz fichas de las nuevas palabras que aprendes y esfuérzate por utilizarlas.
2. No leas más rápido de lo que te permite tu comprensión. La velocidad de la lectura no es un reto en sí mismo. Lo es, sin embargo, la comprensión.
3. Practica la lectura durante tres o cuatro semanas intentando mejorar comprensión y rapidez durante 15 minutos cada día.
4. Cada semana, cronométrate leyendo un capítulo de uno de tus libros y mide el número de páginas por hora puedes leer.



Cuando leemos solemos incurrir de forma inconsciente en ciertos vicios que ralentizan considerablemente nuestra velocidad de lectura. Estos vicios son:

1.- Leer palabra por palabra: Es la forma que aprendimos de pequeño.

Lo leemos todo, sustantivos, verbos, adjetivos, y también artículos, conjunciones y preposiciones, con independencia de que algunas de estas palabras apenas aporten información.

Por ejemplo: "El colegio de mi hermana está cerca de mi casa" Al leer esta frase iremos leyendo todas sus palabras.

2.- Subvocalización: Al leer tendemos a ir pronunciando las palabras, ya sea moviendo los labios o mentalmente.

3.- Regresión: También tendemos continuamente a dirigir la vista atrás, sobre lo que ya hemos leído, para asegurarnos de que entendemos lo que estamos leyendo.



Frente a esta lectura lenta, el estudiante debe tratar de leer rápido ya que esto le reporta las siguientes ventajas:

1.- Ahorro de tiempo en la lectura: Tiempo que podrá dedicar a avanzar en el estudio o simplemente a descansar.

2.- Mayor concentración: La lectura rápida predispone a prestar más atención, haciendo que sea un tiempo de estudio más provechoso.

Hay que tratar de aproximar la velocidad de lectura a la velocidad del pensamiento (la velocidad del pensamiento suele ser entre 3 y 5 veces más rápida que la de lectura).

El estudiante debe comenzar midiendo su velocidad de lectura.

Debe leer un texto durante 5 minutos y calcular el número de palabras leídas.

Para ello realizará un cálculo aproximado: cuenta el número de palabras que hay en un renglón estándar y el número de renglones leídos. Multiplicando estas dos cifras obtiene una aproximación del número de palabras leídas. Esta cifra se divide por 5 y se obtiene una medida de la velocidad de lectura (nº de palabras por minuto).



¿Qué se puede hacer para leer más rápido?

1.- Evitar la vocalización, tanto oral como mental. Intentar no mover los labios, manteniendo la boca relajada.

El pronunciar mientras se lee puede reducir la velocidad de lectura hasta en un 50%. Hay que aprender a reconocer la palabra por su aspecto y no por su pronunciación.

2.- Evitar releer. No se debe volver la vista atrás bajo ningún concepto, aunque pensemos que algo se nos ha podido escapar. Con la práctica nos habituaremos a poner la máxima atención en la lectura, evitando de este modo perder información.

Si no se comprende bien el texto es preferible darle una segunda lectura completa que ir constantemente releendo. Se puede utilizar un lápiz para señalar por donde va uno leyendo y evitar de este modo saltos de línea.

3.- Reducir las fijaciones de los ojos. Aunque no nos demos cuenta, cuando leemos vamos fijando (parando) los ojos en cada palabra, y dentro de ella en cada letra.

Hay que tratar de ir ampliando el campo de visión: de una letra pasar a varias letras, luego a una palabra, y después a varias palabras. Con una fijación de la vista se puede llegar a leer hasta tres palabras a la vez.

Los ojos deben realizar un movimiento suave, continuo, y no una sucesión de breves paradas. Es un aprendizaje complicado pero que con la práctica se consigue.

4.- Centrar la atención en las palabras que aporten significado. Hay que fijarse en los sustantivos, verbos, adjetivos y adverbios, desechando artículos, preposiciones y conjunciones.

Por ejemplo: "El colegio de mi hermana está cerca de mi casa"

Quedaría reducido a: "colegio hermana cerca casa"

5.- Al final de la lectura se buscarán en el diccionario las palabras que no se hayan entendido. En lugar de ir interrumpiendo la lectura cada vez que aparece una palabra que no se entiende, es preferible anotarlas en un papel y al final de la lectura buscarlas en un diccionario.



Para una buena lectura es importante también cuidar los siguientes puntos:

1.- **Iluminación:** hay que contar con buena iluminación. La luz natural es mejor que la artificial, pero si no puede ser es preferible combinar una luz central que ilumine toda la habitación y otra luz (preferentemente bombilla azul), no demasiado intensa, centrada sobre el texto.



2.- **Postura:** el estudiante debe leer sentado, con una postura cómoda (el cuerpo ligeramente inclinado hacia delante) y con el libro centrado (que las líneas queden horizontales) apoyado en la mesa (la altura de la mesa debe ser la adecuada).



3.- **Silencio:** Una lectura exige una gran concentración, y para ello es necesario evitar cualquier distracción. Si se quiere oír música que sea tranquila, a ser posible sólo instrumental, y con el volumen bajo.

Se puede mejorar considerablemente la velocidad de lectura.

Hay diversos ejercicios para ello, si bien la mejor manera de aprender a leer rápido es forzarse uno mismo a hacerlo. Al principio se perderá mucha información, pero con la práctica se irá dominando esta técnica.

Entre los ejercicios se pueden mencionar los siguientes:

1.- Localizar dentro de un texto una palabra preseleccionada previamente. Por ejemplo: en un artículo deportivo sobre fútbol tratar de localizar la palabra "delantero". Hay que hacerlo rápidamente y luego chequear que se han localizado todas.

2.- Localizar informaciones específicas dentro de un texto. Por ejemplo, en un artículo periodístico sobre política localizar rápidamente los nombres de todos los partidos políticos mencionados. Luego chequear el resultado.

3.- Ampliar gradualmente el campo de fijación del ojo. Tomar una hoja de un periódico estructurada por columnas relativamente estrechas (por ejemplo, 5 columnas por hoja).

Seleccionar una columna y trazar una línea vertical por el medio. Leer la columna bajando los ojos por la línea vertical, sin apartarse de ella.

Comprobar si se ha captado toda la información.

En definitiva, el estudiante debe tratar de mejorar su velocidad de lectura pero sin comprometer una buena comprensión del texto (puede perder algún detalle, pero nunca información esencial).



¿Cómo se escribe en la universidad?

Los textos expositivo-explicativos y argumentativos

PRIMER BLOQUE

La escritura en la universidad constituye una tarea de enorme complejidad que requiere la implementación de diferentes estrategias, procesos y habilidades.

Para comenzar, es necesario contar con una planificación de la escritura. Esto implica pensar qué se va a escribir, la decisión de cómo escribirlo, y la búsqueda de información necesaria. Es decir, se planifica en relación a para qué (propósito), para quién (destinatario) y sobre qué se escribe (temática).

Luego, el escritor se dispone a realizar una primera redacción del texto, teniendo en cuenta la planificación realizada con anterioridad. Esta primera versión servirá de borrador.

Seguidamente, se procede a la revisión de lo escrito para buscar los errores y problemas de redacción y corregirlos. En este proceso no sólo se tiene en cuenta la gramática y la ortografía, sino que, fundamentalmente, se atiende a las cuestiones de contenido, **coherencia** (es la correcta organización de la información sobre un determinado tema) y **cohesión** (es la relación de dependencia entre dos elementos de un texto que pertenecen a distintas proposiciones u oraciones.). Es necesario incorporar esta instancia de revisión reconsiderando lo escrito, el contenido y la organización para lograr producciones sólidas, y claras en relación con el destinatario.

Finalmente, se realiza la redacción del texto definitivo, atendiendo a las correcciones realizadas en la instancia de revisión.

Los textos con los que habitualmente trabajarán en la vida universitaria son los expositivo-explicativos y los argumentativos. Antes de comenzar a describir las características de cada uno de ellos, será importante definir que un texto es un conjunto coherente de enunciados que forma una unidad de sentido y que tiene intención comunicativa.

Desarrollando herramientas: los textos expositivo-explicativos

Ustedes han tenido contacto con los textos expositivo-explicativos a largo de su escolaridad y en la vida cotidiana, tanto como receptores o productores. Cada vez que explicaron o informaron alguna cuestión, sea en forma oral o escrita, pusieron en juego una serie de competencias con el propósito de lograr una buena comunicación. Pensemos que tanto una guía telefónica como las definiciones de los diccionarios, las narraciones históricas, la explicación de los fenómenos naturales o la descripción de la estructura del átomo son textos expositivo-explicativos, esta variedad hace que sea compleja su caracterización. Estos textos son los más utilizados en la vida académica y también son conocidos como textos informativos porque aportan información sobre áreas específicas (ciencia, tecnología, cultura, historia, deportes, etcétera), con el propósito de ampliar el conocimiento de quien los lee.

Los textos expositivo-explicativos se dirigen a un lector que desea profundizar lo que ya sabe o desconoce completamente sobre un tema, por lo cual debe desarrollar su contenido de manera clara y organizada. Este tipo de textos pretenden transmitir la realidad de forma objetiva, ya que intentan dar a conocer un hecho, situación o circunstancia tal cual sucedió.

La objetividad se busca con la utilización del lenguaje denotativo (que admite un sólo significado) y la ausencia de emociones o expresiones afectivas. Por ejemplo: “El recital de Fito Páez convocó a 5000 personas” es un texto informativo. En cambio, “El talentoso Fito Páez dio un excelente recital y emocionó a 5000 personas que disfrutaron de su magnífica presentación” es un texto que excede lo informativo, ya que ciertos conceptos (“talentoso”, “excelente recital”, “magnífica presentación”) son subjetivos. Esto significa que existe una valoración de la información realizada por quien escribe.

El texto expositivo-explicativo, por otra parte, no persigue ningún objetivo estético. En líneas generales, puede decirse que no presta atención a la forma, sino al contenido, el cual debe ser presentado con cohesión y coherencia para que el lector pueda interpretar la información de manera correcta. Por esto mismo, las metáforas y los recursos lingüísticos que pueden producir una interpretación errónea son obviados en ellos.

El cuerpo principal de los textos expositivo-explicativos se acompaña de elementos que amplían la información del texto principal, orientan y guían su lectura. Este conjunto de elementos se denomina paratextos: títulos, subtítulos, gráficos, fotos, ilustraciones, epígrafes.

La información de los textos explicativos se organiza de diversas formas. Por ejemplo, el texto parte de un tema o idea general para luego desarrollar sus particularidades siguiendo un orden lógico. Por ejemplo:

“El clima de un lugar está determinado por diferentes elementos del tiempo atmosférico como la temperatura, la humedad, la presión, los vientos y las precipitaciones.

La temperatura es el grado de calor específico del aire en un lugar y momento determinados”.

En cambio, puede analizar procesos a lo largo de un período como el caso de los textos que estudian hechos históricos mediante un orden temporal.

“Colón zarpó del Puerto de Palos la madrugada del 3 de agosto de 1492, al mando de tres carabelas y con cerca de cien tripulantes. En la expedición puso en práctica sus conocimientos sobre las corrientes marinas y los vientos, y se dirigió hacia el oeste.

El 12 de octubre de 1492, luego de un extenso viaje por las aguas del océano Atlántico, los navegantes desembarcaron en la isla de Guanahani, en las Antillas. Como creían haber llegado a la Indica, llamaron “indios” a sus habitantes”.

Para que pongas a jugar las herramientas. Recursos de los textos expositivo-explicativos

Los textos expositivo-explicativos están compuestos también por una serie de herramientas o recursos que favorecen su comprensión y elaboración. ¿Cuáles son los recursos más utilizados por estos textos?

La reformulación: es la forma de comprobar que entendemos lo que leemos y apelar por ejemplo, a “decirlo con nuestras palabras”. A esta operación se la denomina también “parafraseo”. Del texto de presentación podemos realizar la siguiente reformulación “La alfabetización académica implica un aprendizaje de diversas competencias y herramientas necesarias para la elaboración de textos en el ámbito universitario”.

La explicación: es el proceso de referirse a una cuestión para hacerla comprensible.

En el texto de presentación podemos recuperar el siguiente fragmento en donde se halla una explicación.

“La universidad presenta una forma de trabajo diferente, asociada a la experiencia adulta de nuevas situaciones, a la asunción de diferentes desafíos y al conocimiento de nuevas personas. Todos estos aspectos requieren que ustedes, como estudiantes, asuman cambios y también pongan en marcha nuevas formas de actuar. Es por ello que la mirada del otro, las

perspectivas que se intercambian, la escucha atenta y genuina la valoración de los encuentros con “otros”, constituyen situaciones privilegiadas para generar aprendizajes individuales y colectivos”.

- La comparación: es el establecimiento de una relación de similitud. Se hace conocer algo que puede ser difícil de comprender a partir de otro dato ya conocido. Por ejemplo: “En el colegio secundario sonaba el timbre para salir al recreo. En cambio, en la universidad se pacta con el profesor el horario para hacer un descanso”.

- La ejemplificación: es la prueba o aclaración a partir de un dato concreto que sirve como modelo. Al igual que las comparaciones, en las que el término que se compara es ya conocido, el ejemplo debe formar parte de los conocimientos del receptor. Muestra de una manera más concreta y comprensible algo que se explicó; así, acerca el tema a las realidades de la experiencia común. Por ejemplo: “La materia Alfabetización Académica forma a los estudiantes para que asuman diferentes competencias como, por ejemplo, escribir de manera fluida y adecuadamente”.

- La cita: es la estrategia de incluir la palabra de los expertos en el tema o de apoyarse en las teorías existentes. Su objetivo es hacer confiable la información para el lector. Para elaborar un texto, es fundamental incluir las citas de especialistas. Recuerden que siempre pueden utilizar fuentes para sostener una idea; lo que jamás pueden dejar de hacer es citar esa fuente. Por ejemplo: Una de las acepciones de la palabra “cita” es “nota de ley, doctrina, autoridad o cualquier otro texto que se alega para prueba de lo que se dice o refiere”, según el Diccionario de la Real Academia Española.

Existen diferentes maneras de realizar citas que se iremos profundizando en el Curso de Ingreso.

Los textos argumentativos

Gran parte de los discursos que circulan en la sociedad dan opiniones y quieren convencer a los que escuchan o a los que leen para que acepten o compartan esas formas de pensar. Las opiniones en realidad, constituyen puntos de vista, perspectivas, formas de considerar un problema, una situación o un tema. Ahora bien, para convencer, las opiniones tienen que estar sostenidas por argumentos. Es decir, razones por las cuales se apoyan esos puntos de vista.

Muchos textos ofrecen puntos de vista y para convencer cuál es el más adecuado se dan argumentos o razones que lo apoyan. Las opiniones aparecen en diversos textos: en las críticas (de cine, música, libros) en los llamados artículos de opinión de los diarios, en algunas en las cartas de lectores, en los artículos editoriales, entre otros. En cambio, en los textos de estudio no aparecen opiniones personales, pero sí aparecen puntos de vista, que dan razones o argumentos y justifican ese modo de enfocar un tema. Es decir que no se trata de opiniones como en las críticas de cine, sino de posiciones, perspectivas, modos de considerar un tema científico.

En los textos de estudio, el punto de vista puede ser presentado de dos modos. En el primero, las explicaciones presentan el conocimiento como indiscutible. El tema es tratado con aparente objetividad sin que aparezca explícitamente el punto de vista del autor. En estos casos, el conocimiento no aparece problematizado, sino que simplemente es comunicado al lector como indiscutible o incuestionable, como un conocimiento que no admite otra forma de ser considerado.

En el segundo modo, la explicación muestra un tema tratado desde varios puntos de vista (por distintas teorías o autores) y por lo tanto el tema es presentado como discutible por pensadores y científicos. Se trata de que el lector sepa que ese tema ha sido considerado por distintos pensadores y científicos y que ha sido estudiado desde varias perspectivas. El autor puede simplemente presentarlas o bien, además, puede exponer su propio punto de vista.

Los argumentos son intentos de apoyar ciertas opiniones mediante “razones o pruebas” para que las personas puedan formar una opinión o toma de posición sobre determinado asunto.

Se puede argumentar mediante ejemplos, cita de autoridad, analogías y argumentación causal. Estos recursos son también utilizados en los textos expositivo-explicativos tal como se ha desarrollado anteriormente. Sin embargo, sus estrategias tienen finalidades diferentes. Mientras los textos expositivo-explicativos se proponen informar, los argumentativos buscan persuadir al lector.

La argumentación está presente en discursos diversos (en los que no es posible una demostración científica a través de la experimentación o de la lógica formal): desde los más simples de la vida cotidiana a los más complejos. Basta que en ellos se de una opinión justificada y que se quiera convencer a otro de su validez.

Encontramos argumentación, por ejemplo, en una breve explicación que una madre o un padre le hacen a un hijo de por qué le conviene usar cierto tipo de zapatillas y no otro (pueden confluír allí argumentos de higiene, de comodidad, de economía). Pero también en la presentación de ideas que pertenecen a un campo del saber: la política, la estética, la ética, etcétera. Aquí los argumentos son más complejos porque no derivan de opiniones aparentemente aisladas sino de doctrinas y posicionamientos previos y reconocidos.

Por lo tanto, los textos argumentativos constituyen un tipo discursivo que engloba las características de los otros textos y las complejiza. Tienen la finalidad de defender ideas y opiniones al tiempo que se pretende persuadir al receptor usando para ello, pruebas y razonamientos.

Dos partes deben aparecer necesariamente en este tipo de texto:

- La tesis o hipótesis: es la idea fundamental sobre la que se reflexiona. Puede estar al principio o al final del texto, incluso puede no estar explícita en el texto (sino, implícita). La hipótesis puede estar formulada en el texto de manera explícita o puede no formularse; en ese caso, corresponde al lector reconstruirla, a partir de interpretar la información que se brinda.

- El cuerpo argumentativo: está formado por las ideas que el emisor utiliza para confirmar su tesis y convencer al destinatario de lo que se dice se puede sostener como verdadero.

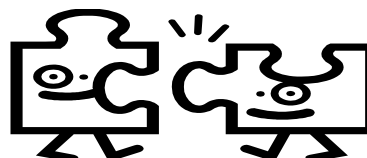
Al mismo tiempo, el cuerpo argumentativo está compuesto por diferentes recursos argumentativos, que sirven que avalan y sostienen la tesis del autor.

Recursos de los textos argumentativos

- Los ejemplos son útiles para aportar casos específicos con los que sostener a una generalización. “Los deportistas de alto rendimiento desarrollan conductas de orden de sueño y alimentación; si cada persona, además de gozar de buena salud, cuida su alimentación y su sueño podrá tener también un buen rendimiento en su tarea”.
- La cita de autoridad otorga el prestigio de personalidad de la cual se toman sus palabras. “Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica: la voluntad”. Albert Einstein.
- Las analogías consisten en hacer comparaciones entre de casos similares e inferir lo que es verdadero en un caso, del otro. Por ejemplo: “El buen funcionamiento de un reloj, depende de sus engranajes. Nuestro equipo necesita que cada uno de sus integrantes entre sí, funcionen como engranajes del reloj, articulados y cumpliendo su función”.
- La argumentación causal se infiere que cierto factor, causa o produce un efecto; o al revés, que se reconozca un efecto y se busque una causa. Un ejemplo de argumentación casual sería: “Las relaciones interpersonales conflictivas en el trabajo generan desmotivación laboral y bajo rendimiento;” o bien, “el bajo rendimiento y la desmotivación laboral pueden estar causadas por relaciones conflictivas en el trabajo”.

TECNICAS PARA ORGANIZAR LA INFORMACION

Formas redactadas



RESUMEN

Resumir es convertir un texto de muchas palabras en otro con menos palabras.

Características del resumen

- ✓ Debe tener una extensión aproximada de una cuarta parte del texto original.
- ✓ Facilita la comprensión y ayuda enormemente al repaso del material de estudio.

Para confeccionar un buen resumen debes respetar:

- ✓ El vocabulario empleado por el autor. Los signos de puntuación.
- ✓ El orden de aparición de las ideas.

SÍNTESIS

Permite condensar la información desde una perspectiva personal.

Se complementan, amplían o profundizan las ideas principales del texto con aportes propios, tales como: explicaciones, juicios personales, conocimientos previos, .etc.

No es necesario utilizar los términos del autor, ni el orden que el mismo dio a sus ideas.

Para confeccionar una buena síntesis ten en cuenta:

- . Las ideas principales del autor para reorganizar la información.
- . Las notaciones marginales realizadas
- . El orden y vocabulario debe ser personal.

MAPA CONCEPTUAL

Es una representación esquemática de un conjunto de significados conceptuales incluidos en una estructura de proposiciones.

Sirve para:

Representar un conjunto de significados y las relaciones entre los conceptos de los contenidos externos y los conocimientos que ya se tienen. .

Planificar y regular las estrategias en el proceso de aprender.

Consta de tres partes:

- ✓ **Conceptos:** toda palabra que al ser pronunciada provoca una imagen mental. Implica una idea asociada a la palabra. Ej. ciudad, libro, animal, etc.
- ✓ **Palabras de enlace:** se utilizan para unir dos o más conceptos y muestra la relación entre ellos.
- ✓ **Proposiciones:** se forma a partir de la unión de los conceptos con la palabra enlace formando una frase con significado



ESQUEMA

Es un esqueleto de ideas organizadas utilizando solo líneas y palabras o frases breves o escuetas. Es una representación escrita que resalta las características, aspectos y relaciones fundamentales de un tema.

Es más sintético que el cuadro sinóptico, y permite dar un panorama general de lo que se quiere registrar y explicar.

Para construir un esquema debes:

1. Extraer del texto la idea central y las ideas principales y secundarias.
2. Cada idea va expresada en una línea o renglón.

3. Utilizar oraciones unimembres.
4. Para marcar la jerarquía de las ideas puedes utilizar diferentes códigos: letras de imprenta (mayúsculas y minúsculas), números, números romanos, etc.

TRABAJO PRÁCTICO

A partir de lo trabajado hasta el momento elabore con un texto del área de enfermería:

- Una síntesis.
- Un resumen
- Un mapa conceptual.
- Un Esquema

Y compare las distintas producciones

Los géneros académicos: el examen parcial universitario como práctica

El uso de la lengua se lleva a cabo en forma de enunciados (orales o escritos) precisos y únicos que pertenecen a los participantes de una comunidad determinada. El contenido temático, el estilo verbal y la composición están vinculados con la totalidad del enunciado y se determinan por la especificidad de una esfera dada de la comunicación. El enunciado es individual, pero cada esfera del uso de la lengua elabora sus tipos de enunciados, denominados géneros discursivos.

Por un lado, se encuentran los géneros discursivos simples o primarios, relacionados con la lengua oral y una escasa elaboración. Por otro, los géneros discursivos secundarios o complejos que suponen una mayor elaboración, caracterizados por un alimentarse y reorientar a los primarios, sobre los que se apoyan.

Los materiales de lectura y escritura en la universidad, denominados géneros académicos, se ubican dentro de los géneros complejos o secundarios. Estos son las producciones discursivas propias del ámbito universitario: parciales, monografías, informes de lectura, ponencias, entre otras. El objetivo que persigue este tipo de género es la comunicación de saberes que implican la exposición, expansión, profundización o refutación de un tema reconocible y definido, de modo de exponer los conceptos centrales de una teoría, decir sobre un tema cosas que aún no han sido dichas o bien revisar con ópticas diferentes las que ya fueron dichas, entre los miembros de la comunidad científica.

En los géneros académicos predominan los discursos razonados, en donde están presentes la explicación y la argumentación; por lo cual, para la integración efectiva y activa de los estudiantes a los estudios superiores, resulta imprescindible el desarrollo de habilidades expositivas-explicativas y argumentativas.

Por lo general, los textos utilizados en la universidad son textos académicos, cuya finalidad tiene que ver con la enseñanza y el aprendizaje de determinados contenidos. Entre ellos, se puede mencionar los libros especializados, manuales, materiales elaborados por las cátedras, entre otros. Muchos de estos libros derivan de los “textos científicos”, es decir, las publicaciones que elaboran los investigadores para dar a conocer sus trabajos a la comunidad científica.

Estos géneros demandan para su composición así como para su recepción, habilidades y estrategias de lectura y escritura, cuya adquisición y desarrollo exige el entrenamiento sistemático y especializado.

En esta clase trabajaremos el parcial universitario, un género que responde a una de las prácticas académicas destinadas a evaluar los conocimientos adquiridos por los estudiantes en el desarrollo de la materia.

Algunas de las operaciones cognitivas que se espera que el estudiante desarrolle en la resolución de las consignas de un parcial universitario son:

- Identificar, reconocer, distinguir, enumerar: se trata de una operación de identificación, reconocimiento y abstracción de aquellos conceptos, categorías, rasgos o aspectos que aluden y definen un tema de estudio.

-Las producciones que se suelen realizar en el ámbito universitario son: 1) los parciales; 2) las monografías; 3) los informes de lectura; 4) las ponencias, entre otros.

• Definir: es una habilidad que requiere el conocimiento del concepto en cuestión pero también la capacidad para demostrar que se ha adquirido el aprendizaje del mismo. Un concepto no se define de manera aislada sino en el contexto de la teoría a la que pertenece.

Es necesario que el estudiante universitario interprete y reconozca las definiciones. Para ello es imprescindible que conceptualice. No se trata de repetir de memoria ni de interpretar la definición en un lenguaje coloquial quitándole su sentido original sino de comprenderlas de manera funcional.

-Definan el término género discursivo secundario.

-Son géneros que tienen una mayor elaboración que los primarios, aunque se nutren de estos.

• Explicar: supone referir a una idea, problema, concepto, clarificando y particularizando los rasgos constitutivos. Se deben establecer relaciones y conexiones que den cuenta del dominio y comprensión del material de estudio. Mediante la explicación se evidencia el proceso de aprendizaje.

-Expliquen por qué les parece que los textos universitarios demandan mayores habilidades de lectura y escritura para su composición.

-Los géneros académicos resultan más complejos que otro tipo de textos, algunos de ellos derivan de textos científicos. Por lo tanto, requieren de mayor atención, entrenamiento y puesta en juego de competencias para poder comprenderlos y/o elaborarlos.

• Ejemplificar: el ejemplo es una forma de aclarar un concepto o definición y se caracteriza por ser particular. Para ello es necesario que los ejemplos correspondan al tema en cuestión. La ejemplificación es un recurso que no reemplaza la conceptualización sino que la complementa.

- En el ámbito universitario se trabajan los géneros académicos. Algunos de ellos son, por ejemplo, la monografía, el informe, etcétera.

• Comparar, diferenciar: implica considerar relaciones de confrontación de dos o más conceptos, hechos, ideas o teorías. Mientras que comparar implica relacionar dos o más elementos de acuerdo a los rasgos semejantes o disímiles. Diferenciar, en cambio, es particularizar los puntos contrapuestos. Para ambas operaciones es necesario tener claridad sobre los conceptos o teorías, como así también tener en cuenta la jerarquía que presentan las distintas relaciones.

Diferencien los géneros primarios de los secundarios.

-Los géneros primarios son más sencillos y se nutren de la comunicación oral. En cambio, los géneros secundarios son complejos, se establecen mediante estructuras fijas y establecidas (enunciados estables) que forman parte de la práctica social.

• Justificar, fundamentar, argumentar: son operaciones cognitivas que requieren mayor grado de abstracción. Consisten en explicar o argumentar las razones de algo que, en las consignas del parcial, será referido en la mayoría de los casos a otros textos, o en casos aislados a una opinión de tipo personal. Es importante no repetir exactamente el contenido del enunciado sino explicar o argumentar en lenguaje formal pero utilizando nuestras palabras.

-Argumenten porqué resulta importante distinguir los distintos tipos de consignas que pueden aparecer en un examen parcial.

-Los verbos expresan en cada consigna una acción cognitiva distinta que debemos realizar para resolver un examen parcial. Por lo tanto, resulta importante saber interpretar estos verbos para ser preciso a la hora de escribir nuestras respuestas.

Pasos a seguir para la resolución del parcial:

1º Lectura interpretativa de las consignas:

- Leer con suma atención la totalidad del parcial.
- Identificar el tipo de partes que lo componen.
- Leer detenidamente cada consigna en particular.
- Prestar especial atención a las operaciones cognitivas que se solicitan realizar.
- Tener siempre en cuenta el tiempo necesario para la resolución.

2º Proceso de escritura:

- Conceptualizar.
- Reformular los conceptos evocados de un texto fuente para adaptarlos a la respuesta de parcial (mantener la fidelidad a la fuente no implica la reproducción textual).
- Seleccionar la información y exponerla con algún criterio de jerarquía.
- Prestar especial atención al léxico. No utilizar lenguaje coloquial. La terminología empleada debe ser acorde al género en cuestión.
- Reproducir palabras técnicas, sin adaptación personal que pueda cambiar el sentido.
- Privilegiar los rasgos específicos del registro escrito versus los de la oralidad.
- Mantener una estructura (introducción, desarrollo, cierre).
- Mantener la coherencia y la cohesión.
- Considerar siempre al destinatario.

3º Revisión:

- Realizar todas las rectificaciones que sean necesarias.
- Tener especial cuidado en la prolijidad y la presentación.
- Mantener la claridad y legibilidad.

Para tener en cuenta:

Los problemas más frecuentes en la resolución de un parcial suelen ser:

- No responder lo que se pide.
- No incluir información precisa o pertinente.
- Falta de orden en la exposición (introducción, desarrollo y cierre).
- Falta de jerarquía en las ideas o temas expuestos.
- Usar frases aisladas, sin elaborar el texto en forma coherente o por el contrario extenderse y escribir frases que no responden directamente a la consigna).
- Repetir palabras.
- Realizar afirmaciones tautológicas, que repitan exactamente el contenido de la consigna.
- Usar lenguaje coloquial o aproximativo sin definir o precisar.
- No conceptualizar.
- Revisar la puntuación y ortografía.

SELECCIÓN DE LA INFORMACION



De manera cada vez más frecuente los trabajos de investigación, informes, monografías, ensayos, etc., hacen referencia a documentos, entendemos por esto, libros, revistas, textos y otros recursos de información publicados en formato electrónico. A menudo las listas de referencias bibliográficas que forman parte de estos trabajos incluyen recursos electrónicos y documentos tradicionales --libros, artículos de revista, grabaciones sonoras, etc. Así pues, cuando se cita un recurso electrónico no sólo es necesario que éste sea fácilmente identificable y recuperable a través de los datos bibliográficos reseñados, sino que, además, la referencia debe ser coherente con las de los otros documentos incluidos en la lista, es decir, todas deben seguir un modelo común.

Los recursos electrónicos y los no electrónicos comparten bastantes características, pero al hacer la correspondencia entre las de un grupo y las de otro vemos que los elementos descriptivos que sirven para identificar libros, artículos, etc., no siempre son aplicables sin matices a los materiales del primer grupo. Elementos que no necesitarían de ninguna explicación en el caso de los documentos tradicionales --como lugar de publicación, editor o, incluso, título-- no resultan tan evidentes cuando se habla de documentos publicados en Internet. Además, los recursos disponibles en redes tienen unas peculiaridades que los diferencian de cualquier otro tipo; su movilidad --cambios de localización-- y la facilidad con que pueden ser modificados de manera continuada sin que queden vestigios de su contenido previo son rasgos que les confieren singularidad.



Búsqueda bibliográfica:

Esta técnica implica la consulta a la bibliografía existente: libros, revistas, periódicos, artículos, folletos, volantes, postres, etc., que se refieran la tema que queremos conocer.

En realidad son dos objetivos fundamentales para el uso de esta técnica: el primero, poder indagar a fondo el tema a desarrollar con suficiente claridad y poder seleccionar el material correcto a usar. El segundo objetivo es descartar los aspectos que son secundario a al tema que nos interesa y a la vez permitir ir definiendo cuales son los temas secundarios que enriquecen el tema.

Esta técnica se la conoce como “Buceo bibliográfico”, el termino no está elegido al azar, con él se quiere indicar una profundización “hasta el fondo” en el tema elegido y no una somera lectura de algunos trabajos al respecto, como para tener una ligera idea sobre el tema.

Reviste mucha importancia la técnica de lectura que posea. Pero por lo general se deben hacer en tres niveles:

1º Etapa de ubicación conceptual. Antes de abocarse a la lectura será necesario tener una idea de conjunto sobre la fuente con que sea a trabajar. Para ello se busca información sobre el autor y se lee atentamente, teniendo presente los objetivos y empleando el juicio crítico: índice, solapas, prefacio, prologo, introducción.

2º Etapa de lectura global: consiste en la lectura corrida y completa del texto que se va a trabajar para tener una visión completa del tratamiento de los temas que se hacen en la obra. No deben saltarse renglones, párrafos o capítulos pretextando que “se sabe de que se tratan”, porque eso empañara la comprensión globalizada, que es el objetivos de esta segunda etapa.

3º Etapa de lectura detenida: Aquí debemos pesar los aspectos que nos resultan fundamentales para el logro de nuestros objetivos que nos llevaron al estudio de la fuente. En esta etapa es conveniente usar el subrayado que puede hacerse de dos maneras diferentes: **Vertical**: para ubicar en el texto los párrafos fundamentales. En este caso conviene escribir en el margen el párrafo de que trata. **Horizontal** de todos los párrafos que se seleccionen.

PARTES DE LA MONOGRAFÍA:

Carátula o portada:

Título

Nombre y apellido del autor Institución y curso

Fecha de presentación

1- Índice o sumario

Introducción

Capítulo o sub-divisiones Títulos.

Subtítulos Ilustraciones Conclusiones Bibliografía

2- Introducción

Planteamiento del problema a resolver

Objetivos del trabajo

Supuestos y limitaciones

Autores que hacen verdaderos aportes y enunciados Dificultades

3 Desarrollo:

Puedes dividir en capítulos, secciones, títulos, sub-títulos, ilustraciones.

Debes distinguir:

- ✓ Datos recopilados en forma textual (citas). Debes colocarlos entre comillas y aclarar el autor y la fuente al pie de página.

- ✓ Datos extraídos e interpretados según el criterio de cada autor. Elaboración auténtica y personal del autor de la monografía.

4 **Conclusión:**

Es la parte más rica y original del trabajo, es donde colocas tus ideas, tus interpretaciones y sobre todo tus aportes.

BIBLIOGRAFIA

- ↪ Barrera Nicholson, P, Quevedo M, Metodología de Estudio – Cartilla de Apoyo al ingreso 2004. Servicio de Orientación Universitaria y Vocacional.
- ↪ Raths Louis S y Otros. Como enseñar a pensar. Edit. Paidos. 1986.
- ↪ Tappata, Nilda, Estudio Dirigido. Edit. Troquel. 1985.
- ↪ GonzálezCuberes, M. T. El taller de los talleres. Edit. Estrada. 1989.
- ↪ Bucay, Jorge. Cuentos para pensar. Edit. Sudamericana. 005

Paginas de Internet

www.psicopedagogia.com/tecnicas.

www.teleline.terra.es

www.educaweb.com

Actividad 2

Opinión

Jóvenes, educados y sin empleo

Tesis o hipótesis

Argumentación causal
Pregunta retórica

Cita de autoridad

Ejemplificación o analogía

Conclusión apelativa