



REFLEXIONES - ENSAYOS

EL CUIDADO: UNA ÍNTIMA RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO Y CREENCIA.

***Folgado R., *Celaya, L.**

*Lcda. en Enfermería. Prof. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.

Palabras clave: Argentina, cuidado, conocimiento, creencia, maternidad, infancia.

Key words: Argentina, care(s), knowledge, belief, motherhood, maternity and childhood.

RESUMEN

El estudio indaga los conocimientos del Cuidado Enfermero en un hospital interzonal especializado materno infantil de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. Dada la presunción de aplicación de creencias de corte Higienista-Positivista en personas internadas, su objetivo, identificar cuáles de los cuidados enfermeros que allí se brindan provienen de la ciencia y cuáles de las creencias. Se revisaron fuentes, modelos y documentación utilizada. También la presencia de creencias respecto de los Fenómenos de Nutrición-Metabolismo, Eliminación, Sexualidad- Reproducción, Cognición- Percepción y Valores y Creencias, entre otros.

Los resultados permitieron establecer convergencias y divergencias en las formas del cuidado utilizadas en la actualidad por enfermeros/as de esa institución.

El artículo sugiere que las Instituciones encargadas de la Enseñanza Superior deberían revisar las formas de enseñanza-aprendizaje y en un movimiento de espiral volver a los ámbitos ampliados de la comunidad o, como propone M.C Davini (1995), una mirada integradora del estudio de los aspectos, a la solución de cuestiones que afectan a la práctica de los sujetos. Queda el desafío de estimular a los profesionales a cambiar de paradigma mediante el acompañamiento de asociaciones profesionales y ámbitos académicos.

SUMMARY

This research investigates the knowledge of the Nursing Care in a specialised maternal-pediatrics hospital within Mar de la Plata in Argentina. It is presumed of applying Positivist-Higienist beliefs, being the aim of the research identifying which nursing care come from science and which ones from beliefs, all applied in hospital patients. Sources, patterns and documentation used were revised as well as the presence of beliefs related to Nutrition-Metabolism, Elimination, Sexuality-Reproduction, Cognition-Perception and Values and Beliefs among others.

The outcomes allowed us to set up convergences and divergences in the nursing care of nurses of that institution.

The article suggests that institutions in charge of High Education should revise the teaching-learning process and come back to the widen fields of society. As M.C Davini (1995) proposes, "a unifying glance" of the study of aspects to solve situations which affect the practice of the subjects. There is still the challenge of stimulating the professionals to change the paradigm by means of the support of professional associations and academic fields.

INTRODUCCIÓN

Se propone en este artículo una aproximación al conocimiento y creencias y su utilización en los cuidados enfermeros de un hospital interzonal especializado materno infantil de la ciudad de Mar del Plata, Argentina.

Mostrar los mecanismos de distribución del conocimiento y cómo el poder del paradigma vigente impone como conocimiento científico, su sistema de creencias. Además, cómo los cuidados se sostienen sobre la base del conocimiento o si es el peso de creencias sobre la evidencia, o mejor aún el lugar que ocupan las creencias en el no-lugar de la evidencia, A saber: ¿se adquirió el conocimiento para sus prácticas de una fuente antigua, superada e inadecuada a la realidad económica y social?

O tal vez ¿de sólidas consolidaciones de rutinas bien establecidas y verdades no contrastadas?.

Refiriendo como "Prácticas" a toda experiencia y fenómeno que una enfermera/o encuentra durante el proceso de dar cuidado, muchas de las cuales son explicadas a partir de su relación con los usuarios, otras desde la misma enfermería o contexto.

Al decir de Gordon, M (1996) "*junto al enfoque de una profesión y apoyándole, están el arte y la ciencia de la práctica. Teorías conceptos, principios y métodos de tratamiento componen la ciencia de una profesión. El arte es la forma en que utiliza el conocimiento, especialmente en interacciones humanas y refleja actitudes, creencias y valores. Más aún nunca puede haber una clara separación entre arte y ciencia Actitudes, creencias y valores, bien sean internas o externas de la profesión, influyen en su ciencia - particularmente en la selección de métodos, enfoques e interpretaciones-*"

ARGENTINA: LA SALUD CONTEXTUALIZADA

Argentina tiene una población según el último censo del año 2001 de 37.488.00 habitantes INDEC (2001) y un sistema de salud en el que se pueden identificar tres subsectores: público, de obras sociales y privado. Con el primero de ellos cubre virtualmente la totalidad de la atención. Aunque según un estudio de la Organización Panamericana de Salud (1995) esto produce en la actualidad serios problemas de inequidad hacia los usuarios y déficit en la calidad de atención de salud proporcionada. En 1988 según dicho documento, se consideraron para Enfermería áreas críticas en base a su escasez numérica, déficits en la división técnica del trabajo, prestación de servicios profesionales a cargo de personal auxiliar y empírico, ausencia de integración, docencia-servicio, heterogeneidad de niveles de formación y programas y ausencia de control profesional.

La ciudad de Mar del Plata cuenta con un hospital público, interzonal y especializado en maternidad e infancia. Al igual que el resto del país, tiene enfermeros/as con una formación académica que proviene de diferentes ámbitos y antigüedades variables. Para analizar en particular lo que acontece en este espacio de juego institucional hospitalario, importa su constitución histórica y el devenir de la profesión a partir de su origen fundacional. Inclusión que muestra como origen la beneficencia y cuya forma no es excepción sino que se corresponde con la época.

ENFERMERÍA: SU HISTORIA EN ARGENTINA

Con el transcurso de los años se ha llegado a identificar como enfermera a cualquier persona que brinda cuidados. Algunos historiadores señalan que las raíces de la enfermería moderna se encuentran en los cuidados prestados por las soldaderas o las religiosas a los militares o incluso las madres que crían a sus hijos. Desde la revisión histórica de enfermería de Kalish y Kalish (1978) parece que la misma y la caridad cristiana están entrelazadas, además de suponer que es un arte innato a cualquier mujer. Esto ha obstaculizado el desarrollo del concepto de profesión que cuenta con habilidades especializadas propias.

Escuelas:

En 1890 se crea la primera escuela de Enfermería en el dispensario Médico Británico, donde fueron invitadas las discípulas de Florence Nightingale con métodos de estudio del Hospital Saint Thomas de Londres. La primera escuela de Enfermería Católica se funda en 1914, según Molina (1973) en su libro **Historia de Enfermería**, la enseñanza estuvo a cargo de tres estudiantes de medicina y continuó con direcciones médicas hasta 1962.

También hubo una primera escuela de nurses en el año 1918, vocablo que se suprime a partir de 1944 por el de Enfermera Diplomada. Es en 1920 con el médico higienista Dr. Emilio Coni, presidente de la Cruz Roja, que se constituye la primera Escuela de Enfermería dependiente del Departamento Nacional de Higiene. Para formar a la Enfermería Universitaria con sede en la ciudad de Rosario, se trae a una "nurse" americana, pero las direcciones son médicas.

Resulta irónico, si no dramático, que mientras la educación médica alcanzaba niveles de postgrado, para enseñar Enfermería se estableciera un aprendizaje bajo controles médicos. Este desarrollo se lleva adelante en un contexto donde prima una política social en la que el Estado toma a su cargo prácticas de diferente naturaleza para preservar la

salud y luchar contra la enfermedad.

Estado - Salud Pública:

En este período del siglo XX, a diferencia del XIX caracterizado por la beneficencia, prima el Higienismo y el Biologismo (influenciados por el avance científico de la época). (Isuani & Mercer 1988). Además la convicción de que el incremento de la rentabilidad económica de industrias y empresas se podría conseguir mejorando el nivel de la salud pública. Esto significó ahorro en horas de trabajo perdidas por enfermedad o por muerte prematura de obreros, obreros adiestrados en su oficio. Argumentos claros a favor de la implantación de los criterios y recomendaciones de la "nueva y a la vez vieja ciencia del higienismo" (Prats Llorenç 1996).

La participación de médicos higienistas y el proceso de secularización de la Iglesia durante el siglo XIX propician el auge de la Salud Pública en el año 1880 y con ello se destaca el poder normativo de los higienistas. Recaldi (1989).

La Iglesia su pensamiento:

La Iglesia hasta entonces controlaba las diversiones, censurando la emisión del pensamiento oral y escrito, no limitándose únicamente al aspecto represivo (por ej., obras teatrales, bailes) sino que su poder abarcaba mediante la educación, conformar la opinión de la época, pues los sacerdotes eran consejeros y guías de las familias. *"De la cuna al sepulcro la Iglesia está presente en la vida concreta de cada hombre..."*.

Los Higienistas:

El poder ocupado por la Iglesia fue reemplazado por médicos higienistas quienes con sus choques frecuentes con la Iglesia, permitieron tomar el control al Estado, al cual comenzaron a integrarse eliminando legalmente las rémoras del antiguo sistema en la década de los 80. Como menciona Recaldi (1989) en su estudio, un ejemplo de posicionamiento está dado por el higienista Wilde, quien fuera el portavoz de la postura del Poder Ejecutivo durante el debate parlamentario de proyectos de Ley de Educación común y matrimonio civil.

La Iglesia veía en el progreso una intención antirreligiosa. *"¿Puede admitirse que los ritos, las prácticas religiosas o las reglas de las comunidades se sobrepongan a los dictados por la razón y de la Ciencia?"* (Recaldi, 1989). Observándose así cómo un poder dogmático pasa a manos de otro.

Otro aspecto a tener especial consideración en la dinámica de poder es que Wilde, al enmarcar a la Salud Pública como una rama de la medicina legal consigna el camino al posicionamiento de los médicos en el Estado, ya que estos culminarían sus trabajos en propuestas legislativas, concibiendo al Estado como un verdadero "tutor de los pobres". Además se asegura que *"La sociedad tiene interés en que las enfermedades no se agraven ni se propaguen o transmitan por herencia"*.

La medicalización se va produciendo como consecuencia de mantener o imponer orden de tipo económico fiscal. Surge como imposición la reforma hospitalaria a través de la disciplina militar para el control social. Ej: "Ley de Pobres" (Foucault 1996).

Los papeles y aprendizajes:

A partir de estos ámbitos de desempeño, que se devienen de la Medicina, se confirma lo que se espera de las enfermeras-mujeres. Preparadas para servir, ayudar y seguir la

acción médica. El papel de la enfermera, su nivel de instrucción, la forma y el lugar de ejercicio, muestran un prototipo de mujer "buena para todo servicio". Auxiliar perfecta, bajo responsabilidad médica se prescriben cuidados y se adquieren conocimientos que se transfieren a otras mujeres-familias.

Esta enfermera, formada a partir de modelos médicos, desarrolla su práctica totalmente tributaria de la práctica médica. Como un correlato de época, la cuestión de género mujer-madre, virgen-cuidadora, es sujeto de perfecciones. Para la primera, servir es misión del alma, para la segunda reproducirse: mandato biológico y divino. Los conocimientos médicos que proporcionan a la enfermera en esa época aún perduran bajo formas solapadas de prácticas biomédicas. Se enmarcan en un escenario mayoritariamente hospitalario, cuya cultura institucional es instituyente y etnocéntrica y merece por su complejidad un tratamiento aparte.

Con escuelas e internados, el hospital resulta el lugar ideal para el aprendizaje de la enfermería. Allí se espera del aprendizaje social del rol un lugar donde ajustar prácticas y papeles, técnicas y éticas o, dicho de otra manera, actitudes y destrezas. Esto corre paralelo al papel que también debía aprender el paciente en el medio hospitalario. Aprendizaje exigido imperiosamente. No se era enfermera si no se pasaba por la institución hospitalaria y es en este contexto donde transferían no sólo los conocimientos, sino también las jerarquías de los saberes de los médicos a sus "auxiliares". En esta cultura de estereotipos se realiza una de las funciones más importantes de competencia enfermera: la educación. Los conocimientos teóricos centrados en la enfermedad, se complementaban con técnicas (bibliografía casi exclusivamente médica). A comienzos de los años 60 se empieza a precisar el concepto del método científico de resolución de problemas, que se aplica al proceso de atención de enfermería. Este proceso incluía la identificación de problemas enfermeros (terapéuticos) y la decisión de cursos de acción. Los modelos conceptuales aparecen en la literatura a finales de esos mismos años, en especial en países anglosajones y particularmente en Estados Unidos. En 1961 Faye Abdellah et al (1973) estima que sólo el 10% de las escuelas de enfermería utilizaba el plan de cuidados, ni siquiera figura en todos los programas universitarios. Este enfoque recién prospera a partir de los años 70 y los nuevos instrumentos que emplea enfermería proceden de otras disciplinas, ya no únicamente de las ciencias médicas, sino que incorpora elementos de Psicología social y Antropología entre otras, coexistiendo actualmente en espacios de formación profesional con denominaciones de Enfermería asociadas a especialidades como Enfermería Médico-Quirúrgica u Obstétrica Pediátrica.

El conocimiento y las creencias

A lo largo de la historia de la humanidad ha existido una dinámica entre cultura, conocimiento, creencias y mitos a la hora de dar cuenta de la realidad. La Real Academia Española en su Diccionario de la Lengua dice que *creencia es un firme asentimiento y conformidad con alguna cosa; un crédito total que se presta a un hecho o noticias como ciertas*. Estas creencias según Carpenito (1999) han constituido y constituyen en el hombre una fuente de fuerza, esperanza y significación para la vida. Las creencias se construyen a través del proceso de la historia y emanan en determinadas circunstancias de la misma, como producto de la dialéctica entre lo individual y lo colectivo. Los hechos y circunstancias con que se desarrolla el proceso histórico también determinan la accesibilidad al poder y éste a su vez otorga credibilidad social a sus argumentos. Los conocimientos transmitidos por el poder médico durante años, especialmente en la época higienista caracterizada por una metodología fuertemente prescriptiva-normativa, marca hasta la actualidad su impronta de creencias sostenidas en el tiempo e impartidas como "conocimiento calificado". Para Scheler, la sociedad determina la presencia, pero no el

contenido de las ideas; como un sistema regulador de los "factores reales" hacia los "factores ideales". El conocimiento humano se da en la sociedad como un a priori de la experiencia individual, proporcionando a esta última su ordenación de significado.(Berguer &Luckman 1997).

Este conocimiento del sentido común constituye el edificio de significados sin el cual ninguna sociedad podría existir. Presentan la vida cotidiana como una realidad interpretada por los hombres, los que le dan significado y coherencia. Se resalta que la distribución social del conocimiento aunque requiera de un proceso histórico, responde a un contexto particular, situación histórica concreta y a juegos de Poder que en ella se determinan. (Berguer &Luckman 1997). Para Quine el conocimiento surge de la relación entre experiencias. (Samara, 1999), el conocimiento que para muchos autores se puede distinguir entre "conocimiento vulgar" y "conocimiento científico", tiene su base generativa en los métodos de fijar creencias que postula Pierce (1966). Estos son: tenacidad, autoridad, metafísica y eficiencia. Cada uno de ellos se sustenta en el inmediato inferior hasta llegar a la categoría superior o método científico. Si se considera que cada conocimiento está anclado en un sistema anterior, también lo está respecto del modo de adquirirlo, ocurriendo un mayor atravesamiento de sus raíces a mayor nivel de complejidad del método. Distinguir entre creencia y conocimiento científico se torna una misión difícil, en especial porque el investigador parte de sus creencias, y éstas imponen una impronta al marco de su indagación y a la metodología de exploración y resolución. Es por tanto el sentido común emergente de la vida cotidiana, aún de áreas especializadas, el punto de partida para su análisis. Se estima que estos métodos de fijar creencias, además de representar en cierta medida la evolución del Ser Humano y su pensamiento a lo largo de su existencia, también representan las posiciones y superposiciones que se manifiestan en el desarrollo de cada biografía, requiriéndose de la existencia simultánea de todos ellos para mantener el orden social y racional, ya que sería imposible explicarse todos los hechos o fenómenos a través del método científico. Estos modos de adquirir creencias dan respuesta a la necesidad de equilibrar o autoregular la integralidad del Ser Humano que responde como ser intuitivo, instintivo, cultural, intelectual, social, psíquico, etc., pero a modo de respuesta única e integral. Estos sistemas podrían ser compensatorios unos con otros de respuestas fragmentadas, que intentan dar cuenta de la realidad. Es así que dada su esencia, el ser humano ha tenido que explicarse la realidad a lo largo de su evolución.

Muchas de estas necesidades sobre este dar cuenta, tiene que ver con los lugares de Poder que se ejerce en una sociedad y la necesidad de alcanzar determinada posición en ella o sostener el status conseguido. La histórica puja de Poder entre Estado, Iglesia y Medicina es reflejo de esta necesidad destacándose que el método que predomina en ellos para sostener creencias es el de la autoridad. Método mediante el cual han regulado la vida humana. La Medicina crea su fuerza institucional a partir del hecho de ser "dueño de la vida de las personas", poder que puja con la Iglesia y es construido desde la pasividad del "otro enfermo". Perpetuado con la incorporación al Estado (su aliado) como ente normatizador con el doble y divergente fin: sostener la masa laboral y garantizar la producción para el Estado y consolidar el posicionamiento social del médico.

El hombre, sistemáticamente, ha tratado de cubrir todo bache cognitivo y epistémico que se le presenta a la hora de dar cuenta de la realidad de la que es parte. Es así como "la ausencia de reglas en el ámbito de la naturaleza, es aprovechada por la cultura para introducirse en esta" (Boivin et al 1999). Aún así el paradigma vigente es importante engeguecedor de visiones y por lo tanto limitante de nuevas respuestas. De esta manera, conocimientos surgidos del Método Científico en determinadas épocas bajo los paradigmas vigentes, hoy se convierten en creencias al ser refutados. "Verdades indiscutibles" de otras épocas, hoy son relativas. Hay que tener en cuenta, además, que el

paradigma vigente está sustentado, entre otros, por la posición de cada género en el ejercicio del Poder que, no sólo influye en la distribución del conocimiento, sino en su flujo, retroalimentando el poder.

Así, la "sexualidad de la mujer ocupa un papel preponderante en el discurso médico", teniendo al útero como órgano protagónico y al que la Medicina ha otorgado múltiples sentidos. "Sentidos que responden a mitos, creencias e ideologías instituidas con pretensión de cientificidad". "Aún hoy se encuentran prácticas y afirmaciones que responden a prejuicios infiltrados en el pensamiento médico, gran parte de ellos asociados a la 'inferioridad' de la mujer" (Giberti & Fernández 1992).

Fue tal el Poder ejercido por esta profesión mayoritariamente masculina, que hasta era aceptado que el conocimiento pudiera tener considerables distinciones, según se discriminaba para una u otra clase social. No se habla aquí de acceso a la tecnología, sino que el conocimiento se aplicara distintivamente, para mujeres de clase obrera o para las de clase social alta (Giberti & Fernández 1992). Resulta conveniente comprender los procesos de interrelación como una dinámica que se construye a través de la historia, con los conceptos de Bourdieu (1989) de Campo y Hábitus. En el espacio social o campo se constituyen las estructuras externas hecho cosas, no como una estructura muerta o acabada, sino como espacio de juego que existe en cuanto y en la medida que haya jugadores que perciban, piensan, evalúan y actúan (hábitus, lo social hecho cuerpo, esquema de lo social incorporado al agente) y que están dispuestos a jugar. Jugar por un Capital significado, creer en inversiones y recompensas. Dotados de un conjunto de disposiciones que implican a la vez la propensión y capacidad de entrar en el juego y luchar por las apuestas y compromisos que allí se juegan (Bourdieu, 1985). Ambos procesos, las estructuras sociales hecho cosas y lo social hecho cuerpo, transcurren en simultaneidad a lo largo de la historia.

Los Cuidados: actualidad.

Profundizando el análisis sobre la relación de Enfermería y los cuidados enfermeros, se considera que la naturaleza del trabajo de enfermería puede variar según se mire. Abordar la salud en forma normativa que conlleva a acciones de control y educación sanitaria o centrar el interés en comprender los problemas de las personas cuyas variables dependen de condiciones de vida (la trama cotidiana). Así los cuidados enfermeros no pueden disociarse de la vida de las personas. Identificar cuidados es conocer valores y creencias en que se basan, así como los instrumentos que participan en la elaboración: conocimientos e instrumentos. Esto determina competencias profesionales, identifica la naturaleza del poder, límites y dimensiones (Collière 1993). Los cuidados representan elementos indispensables para mantener la vida y favorecer su desarrollo. Actividades que conllevan ideología, obligan a una selección continua de decisiones. ¿Por qué se indica un baño? El criterio de elección ¿se basó en rutinas?, ¿necesidad fisiológica?...

Dado que Enfermería es diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas potenciales o reales de las personas (Gordon 1996) identificar el trabajo de enfermería requiere identificar elementos que participan en la construcción del Proceso de Cuidados Enfermeros. Especificar a qué conocimientos se recurrió, qué tecnologías utilizó y cuáles son las creencias y valores sobre los que basa la prestación del cuidado resulta imprescindible para una evaluación de calidad de prestación .

El diagnóstico enfermero como proceso y categoría puede separarse a propósito de su exposición, pero resulta inseparable cuando se utiliza en la práctica. Siendo el elemento definitorio de la práctica profesional, su uso lo convierte en uno de los indicadores de la

ciencia enfermera. La construcción del conocimiento de ésta y la utilización de un lenguaje propio, como los Diagnósticos enfermeros, se revela en los registros de cuidados. Cuidados que forman el capital profesional en un campo institucional y que al decir de los/as entrevistados la institución estudiada no brinda los espacios adecuados para fomentar el pensamiento crítico (Folgado et al 2002). El 100% ha asistido durante los últimos dos años a cursos específicos, se informan a través diferentes medios audiovisuales, con textos mayoritariamente médicos y sólo un bajo porcentaje utiliza internet. En el desempeño diario prima la transmisión verbal, registrándose por escrito sólo los signos vitales y/o medicación en hojas de control. Existe en estos profesionales, una interacción continua basada no ya en diagnósticos enfermeros sino en problemas detectados a los usuarios. Las entrevistas revelan que los registros considerados como herramienta valiosa de la profesión son percibidos simultáneamente como una amenaza ante los crecientes juicios por mala praxis.

Esta percepción es compartida con los médicos que se oponen a que los enfermeros en particular registren, considerando que “los compromete”. Así, “*lo que no está escrito, no existe...*”.

Lo instituyente

A partir de la masificación de la atención médica y con la creación de los hospitales, se concentra la atención de la gran masa de los trabajadores. Este hecho se hace necesario como consecuencia de la industrialización y urbanización.

Cambia además el juego del perfil enfermero/a que hasta entonces asistía, independientemente de la función médica, a los enfermos en sus domicilios e influye en su formación como masa laboral (intra institucional) más barata, que descomprime las tareas menospreciadas por ellos para convertirlas según los discursos “en la mano derecha del médico”. Quedando encubierta en el discurso la relación de subordinación que empezó a ejercerse. Siendo ésta la función asignada, creyó prestigiarse más, cuanto más elementos técnicos y especializados incorporara en su accionar, perdiendo el sentido de su origen y la dimensión independiente de su profesión. Se hace evidente cómo la consolidación histórica del campo y el hábitus influyeron en la posición necesaria de su subordinación y cómo se consolidó a través del tiempo que fijó a la representación social de la vida institucional en el núcleo rígido de la representación o estereotipia. Con este modelo, los médicos, consiguen mantener el status quo alcanzado a partir de su alianza con el estado. Esta configuración de la representación pierde su concienciación ya que es incorporada como natural, cuando en verdad es la resultante de un proceso histórico-social que implica un contexto particular.

Las Creencias en Enfermería

Enfermería ha estado desde el principio impregnada por creencias religiosas, dando lugar a comportamientos relacionados con “servir” y referidas a costumbres como “una forma de hacer las cosas” o hábitos a los que adhiere. Estas al igual que antiguos libros pueden permanecer en el estante de las rutinas, si no son confrontadas con dudas que las movilicen. Así se observa en estos profesionales la utilización de creencias populares con el fin de explicar por ejemplo, fenómenos relativos a nutrición-metabolismo donde se insta a comer de la carne “*el jugo*” porque tiene propiedades antianémicas.” También sugieren a una madre que amamanta, que cambie el consumo de naranja por otra fruta, porque ésta *produce flatulencias y pasan al niño a través de su leche*, del mismo modo pasan sus dolores maternos. Se afirma que “*cada embarazo cuesta un diente a la madre*” porque cede el calcio al niño. Si durante el embarazo tiene acidez, el bebé “*es varón y muy*

peludo". Respecto de los fenómenos de sexualidad-reproducción, se aconseja después del parto *abstenerse por cuarenta días de contacto sexual* con el fin de prevenir infecciones. Para actividad y ejercicio, se considera necesario en el postoperatorio "*moverse lo menos posible*" con el fin de no abrir la herida y sugieren "*que no hable*" para no tragar aire y distenderse. En el área de oncología pediátrica explicaciones de enfermedad y muerte difieren de acuerdo a las formas: *si muere desangrado, es más puro*. El hecho lo explican porque éstos eran *niños "especiales", como ángeles*. Otras respuestas halladas en el área infantil son: abrir la ventana luego de la muerte del niño, *para permitir la liberación de su alma*. Al bebé, alzarlo seguido le generará "*mañas*", entre algunas de las usualmente escuchadas.

La bibliografía que sustenta muchas de estas afirmaciones se puede encontrar no sólo en domicilios particulares, sino a disposición del público en la Biblioteca Pública Municipal, mayoritariamente textos de época. Al establecer rutinas y reproducir el modelo se refuerzan las creencias establecidas en él. Se repiten sin fundamento "cuidados" basados en ellas y no en evidencias, ya que el sentido de criticidad supuestamente adquirido en la socialización secundaria se desdibuja con la comodidad del cinismo o la victimización. Ambas respuestas son adaptación patológica de cualquier profesional a la estructura institucional y al juego establecido en ella (Giberti & Fernández 1995).

Las respuestas pertenecen a paradigmas no de un modelo aislado, sino que responden y respondieron a los modelos sociales preponderantes, como es el caso del paradigma de la Categorización y a replanteos efectuados como consecuencia de limitaciones del mismo para dar explicación a la complejidad de los acontecimientos (Kérouac et al 1996). Originado en el higienismo, perdura como modelo predominante configurando en lo social una representación de lo que se espera y, por tanto, del perfil actitudinal de la demanda que consolida cada vez más la estructura institucional.

La dinámica multidimensional de las instituciones en interacción con agentes sociales, en este caso en particular con enfermeros, puede provocar una confrontación, una adaptación patológica a la vida institucional o la adecuación que permita fluctuar flexiblemente entre presiones, demanda del usuario, demanda de autoproyección profesional y tensiones de la institución (modelo y políticas institucionales).

CONCLUSIÓN

- Las creencias presentes en los profesionales enfermeros se convertirán en verdaderos obstáculos epistemológicos a la hora de producir nuevos conocimientos si no se genera un nuevo espacio de tensión o "duda". Pero ésta no debe ser considerada como "disvalor" sino como paso necesario para la investigación y formulación del nuevo conocimiento. El conocimiento, generador de nuevas reglas relaciona experiencias si no queda en narrativa escritural la constancia, resultará casi imposible poder evaluar (excepto mediante la observación) los procedimientos realizados.

Pero ello sólo se producirá a partir de documentos que permitan reformularlo cada vez que sea necesario.

- La falta de claridad respecto del paradigma en que las/os profesionales se sitúan y una importante adhesión al modelo positivista que transforma actividades en tareas es indicativo de la situación transicional que atraviesa este grupo con fuerte impregnación histórico institucional.

- Para el profesional trascender de la palabra hablada a la palabra escrita no es sólo un hecho formal, sino un salto cualitativo de plena asunción de responsabilidades.

Así, trascender la facticidad del instante presente para incluir la posibilidad de ser socializado, es trascender la actividad de comunidad cultural e integrarse a la de sociedad civil.

DISCUSIÓN

Este estudio desea introducirse en la dimensión más amplia constituida por la profesión de Enfermería y sus Cuidados en un espacio de desempeño específico. Es así que considera respecto del papel que le corresponde a las Instituciones encargadas de la Enseñanza Superior en relación a sus aportes a la formación profesional, que éstos sólo servirán si es posible analizar los problemas que se producen en las experiencias vitales. Revisando en consecuencia formas de enseñanza-aprendizaje y en un movimiento espiralado volver a los ámbitos ampliados de la comunidad o, como propone M.C Davini (1995), una mirada integradora del estudio de los aspectos a la solución de cuestiones que afectan la práctica de los sujetos. Queda el desafío de estimular a los profesionales a dar este paso, con el acompañamiento de asociaciones profesionales y ámbitos académicos.

REFERENCIAS

1. Abdellah, F.G., Beland, I.L., Martin, A., & Matheney, R.V. (1973). *New directions in patient-centered nursing*. New York:
2. Alfaro-Lefevre R (1999). *Aplicación del Proceso Enfermero Guía paso a paso 4* Barcelona. Springer-Verlag Ibérica p 165
3. Berguer , P y Luckmamn , T.(1997) *The Social Construction of Reality Amorrortu . Buenos Aires.*
4. *Boivin M, Rosato A, Arribas V(1999) Constructores de Otredad ,Una Introducción a la Antropología Social y Cultural . Eudeba. Buenos Aires.*
5. Bourdieu P (1985) *Espacio Social y génesis de clases.Espacios 2. Buenos Aires*
6. Bourdieu P (1989) *O Poder Simbólico . Bertrand BrasilS.A Río de Janeiro.*
7. Carpenito L. (1999) . *Diagnóstico Enfermero, aplicación en la Práctica Clínica . Doyma . Barcelona .p28*
8. Collière M F (1993)*Promover la vida Interamericana.Mc Graw Hill Madrid .*
9. Davini M C (1995):*La Formacion Docente en Cuestión :Política y Pedagogía. Paidós. Buenos Aires.*
10. Folgado R, Celaya L ,Scarafia S . (2002) *Silencio Hospital . Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina*
11. Foucault M (1996) *La vida de los hombres infames Altamira. Argentina.*

12. Giberti E. Fernández A (1992).*La mujer y la violencia invisible* . Sudamericana . Buenos Aires .2
13. Gordon M (1996).*Diagnóstico Enfermero Doyma*.Barcelona. 3. p 5,37
14. Gutierrez A (1995) Pierre Bordieu.*Las Prácticas Sociales Universitaria*.Posadas..Argentina
15. INDEC (2001).*Instituto Nacional de Estadísticas y Censo*.Argentina
16. Isuani E, Mercer H (1988) *La Fragmentación Institucional del Sector Salud: Pluralismo o Irracionalidad*. Centro Editor de América Latina .Biblioteca Política.241.Bs As.
17. Kalisch PA, Kalisch BJ (1978) *The Advance of American Nursing*. Little Brown. Boston.
18. Kérouac, S. Pepin, J. Ducharme, F. Duquette A. Major F .(1996) .*El pensamiento enfermero* Masson S.A Barcelona.
19. Molina M T: (1973) *Historia de la Enfermería Interamericana. Argentina. 2. pág 199*
20. PAHO/WHO : *Panamerican Health Organization and World Health Organization (1995) Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985-1995 .Argentina. 42 . p 19*
21. Prats Llorenç (1996) *La Catalunya ranciales Condiciones de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografíes mèdiques. Altafulla .Barcelona.. p244*
22. Pierce Ch (1988) *Escritos Lógicos*. Alianza Universidad Madrid Real Academia Española . *Diccionario de la Lengua Española . Vigésima Edición. www.rae.es*
23. Samaja , J (1999) *Epistemología y Metodología* .Eudeba . Bs As

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia