

The background of the book cover features a dynamic splash of water in shades of blue and white. Three hands are visible, each holding a portion of the water stream. The hands are of different skin tones: one is dark brown (top left), one is light pink (middle right), and one is dark brown (bottom center).

Promover la vida

Segunda edición

Marie Françoise Collière

**Mc
Graw
Hill**

**Promover
la vida**

Promover la vida

Segunda edición

Marie-Françoise Collière[†]

**Revisión técnica:
Madame Annie Denayrolles**



**MÉXICO • BOGOTÁ • BUENOS AIRES • CARACAS • GUATEMALA • LISBOA
MADRID • NUEVA YORK • SAN JUAN • SANTIAGO • SÃO PAULO
AUCKLAND • LONDRES • MILÁN • MONTREAL • NUEVA DELHI
SAN FRANCISCO • SIDNEY • SINGAPUR • ST. LOUIS • TORONTO**

Director editorial: Javier de León Fraga
Editor sponsor: Gabriel Romero Hernández
Corrección de estilo: Penélope Martínez Herrera
Traductor: José Felipe Espínola Estrada
Composición y formación: Black Blue Impresión y Diseño, S.A. de C.V.
Diseño de portada: Francisco León / Creatura

NOTA

La medicina es una ciencia en constante desarrollo. Conforme surjan nuevos conocimientos, se requerirán cambios de la terapéutica. El (los) autor(es) y los editores se han esforzado para que los cuadros de dosificación medicamentosa sean precisos y acordes con lo establecido en la fecha de publicación. Sin embargo, ante los posibles errores humanos y cambios en la medicina, ni los editores ni cualquier otra persona que haya participado en la preparación de la obra garantizan que la información contenida en ella sea precisa o completa; tampoco son responsables de errores u omisiones, ni de los resultados que con dicha información se obtengan. Convendría recurrir a otras fuentes de datos, por ejemplo, y de manera particular, habrá que consultar la hoja informativa que se adjunta con cada medicamento, para tener certeza de que la información de esta obra es precisa y no se han introducido cambios en la dosis recomendada o en las contraindicaciones para su administración. Esto es de particular importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso no frecuente. También deberá consultarse a los laboratorios para recabar información sobre los valores normales.

PROMOVER LA VIDA

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra,
por cualquier medio, sin autorización escrita del editor.



Educación

DERECHOS RESERVADOS © 2009, respecto a la segunda edición en español por,
McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

A subsidiary of The McGraw-Hill Companies, Inc.

Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 17, Col. Desarrollo Santa Fe,
Delegación Álvaro Obregón
C.P. 01376, México, D.F.

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana Reg. No. 736

ISBN 13: 978-970-10-7238-7

Translated from the first revised French edition of:

Promouvoir la vie

Copyright © 1982 by InterEditions/Masson, Paris

All Rights Reserved

ISBN 10: 2-225-83684-1

1234567890

Impreso en México

08765432109

Printed in Mexico

A todos aquellos que en su calidad de mujeres y hombres
trabajan para promover la vida.

A los que requieren cuidados que guardan lo esencial
de la acción de cuidar.

A las enfermeras y los enfermeros que alivian a aquellas
personas con dificultades para cuidarse.

A todos aquellos y aquellas que tanto me han enseñado
con su trabajo, su reflexión, sus experiencias.

A mis amigas y amigos de Francia, de África
y de otros lugares, por su diálogo, su consuelo,
sus estimulantes motivaciones.

A ti, Andros, por lo que eres.

Contenido

<i>Prólogo</i>	xiii
----------------------	------

PRIMERA PARTE LOS CUIDADOS DE LAS MUJERES IDENTIFICADAS POR SU ROL

1 Origen de las prácticas de cuidadoras; su influencia en la práctica de la enfermería	5
<i>Asegurar el mantenimiento, la continuidad de la vida</i>	6
<i>Enfrentarse a la muerte</i>	7
<i>Relatividad de la concepción moderna de los cuidados con respecto a la dimensión del tiempo</i>	9
<i>La práctica de la enfermería y su relación con estas dos orientaciones</i>	10
2 Identificación de los cuidados en la mujer	17
<i>Identificación de los cuidados en la mujer cristiana</i>	17
<i>Identificación de los cuidados en la mujer</i>	18
<i>Valoración social y económica de los cuidados proporcionados por mujeres</i>	24
3 Identificación de la práctica de los cuidados en la [mujer] consagrada	30
<i>Condena de los cultos paganos</i>	30
<i>La mujer condenada</i>	31
<i>Una nueva mujer: la [mujer] consagrada</i>	36
<i>Forma de valoración social de la práctica de cuidados de las [mujeres] consagradas</i>	44
<i>Forma de valoración económica</i>	49

4	Identificación de los cuidados en la [mujer]	
	enfermera → auxiliar del médico.....	54
	<i>De la [mujer] consagrada a la [mujer]</i>	
	<i>enfermera → auxiliar del médico.....</i>	<i>55</i>
	<i>Filiación conventual.....</i>	<i>57</i>
	<i>Filiación médica.....</i>	<i>62</i>
	<i>Valor social de la enfermería.....</i>	<i>64</i>
	<i>Valor económico de la enfermería relacionada</i>	
	<i>con la doble filiación conventual y médica.....</i>	<i>73</i>
5	Prevalencia de los roles como forma de identificar	
	los cuidados.....	80
	<i>El rol vinculado a un conjunto de actividades reconocidas.....</i>	<i>80</i>
	<i>El rol vinculado a un conjunto de conductas y actitudes.....</i>	<i>82</i>
	<i>Función de la [mujer]-enfermera → auxiliar del médico: base</i>	
	<i>del proceso de profesionalización.....</i>	<i>84</i>

SEGUNDA PARTE

INFLUENCIA DE LAS CORRIENTES SOCIOECONÓMICAS SOBRE EL “ROL DE LA ENFERMERA”

6	Corriente vinculada a la técnica y centrada en la enfermedad	101
	<i>Efectos de la corriente técnica centrada en la enfermedad</i>	
	<i>sobre la práctica de enfermería.....</i>	<i>103</i>
	<i>Repercusiones sobre la valoración social y económica</i>	
	<i>de la enfermería.....</i>	<i>113</i>
7	Corriente de revalorización de la relación	
	cuidador-persona cuidada.....	125
	<i>Efectos de la corriente de revalorización de la relación</i>	
	<i>cuidador-persona cuidada sobre la práctica de enfermería.....</i>	<i>128</i>
	<i>Repercusiones sobre la valoración social y económica</i>	
	<i>de la enfermería.....</i>	<i>136</i>
8	Corriente centrada en el desarrollo de la salud.....	144
	<i>Efectos sobre la práctica de enfermería de la corriente centrada</i>	
	<i>en el desarrollo de la salud.....</i>	<i>148</i>
	<i>Repercusiones sociales y económicas.....</i>	<i>153</i>

TERCERA PARTE

ENFERMERAS EN BUSCA DE IDENTIDAD

9	¿Una nueva enfermera?.....	164
	<i>Desmarcarse de la influencia médica.....</i>	<i>164</i>
	<i>Adquirir el sello de una formación superior.....</i>	<i>171</i>
	<i>Adquirir la imagen que marca la investigación “científica”.....</i>	<i>171</i>
10	De la enfermera modelo, al modelo para las enfermeras.....	186
	<i>No más enfermeras caritativas sino cuidados de enfermería.....</i>	<i>187</i>
	<i>De la noción de fundamento a la noción de teoría(s)</i>	
	<i>de los cuidados de enfermería.....</i>	<i>188</i>
	<i>Interrogante sobre las teorías de cuidados de enfermería.....</i>	<i>190</i>

CUARTA PARTE

HACIA UNA IDENTIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

11	De una definición de la enfermera a una identificación de los cuidados de enfermería.....	205
	<i>Proceso de institucionalización del rol de la enfermera en estatus profesional.....</i>	<i>206</i>
	<i>Incompatibilidad entre definición y rol.....</i>	<i>207</i>
	<i>Límites de una definición de los cuidados de enfermería.....</i>	<i>208</i>
	<i>De una definición a un proceso de identificación de los cuidados de enfermería.....</i>	<i>208</i>
12	Interrogación sobre la naturaleza de los cuidados para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería.....	211
	<i>Cuidar.....</i>	<i>211</i>
	<i>Diferenciación de la naturaleza de los cuidados relacionados con las funciones de la vida.....</i>	<i>213</i>
	<i>¿En qué conciernen los dos tipos de cuidados mencionados a los cuidados de enfermería?.....</i>	<i>216</i>
13	Elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermería.....	219

<i>Los conocimientos</i>	221
<i>La tecnología</i>	237
<i>Creencias y valores.....</i>	248
14 Identificar los cuidados de enfermería	260
<i>El campo de acción de los cuidados de enfermería.....</i>	260
<i>El proceso de los cuidados de enfermería, un enfoque antropobiológico..</i>	269
<i>Poder transmitido por los cuidados de enfermería:</i>	
<i>la clave de su evaluación</i>	286
<i>Límites de los cuidados de enfermería</i>	292
<i>Dimensiones sociales y económicas de los cuidados de enfermería</i>	296
15 Los cuidados de enfermería. . . ¿a qué precio?.....	310
<i>Preguntarse sobre lo que tiene precio y para quién</i>	310
<i>Poner o volver a poner precio a los cuidados de enfermería</i>	312
<i>Ponerle precio</i>	314
<i>Calcular el precio.....</i>	318
<i>¿Hasta qué precio?</i>	320
<i>Conclusión</i>	325
<i>Anexos</i>	327
<i>Bibliografía</i>	341

*Y les digo que la vida es realmente oscuridad, salvo allí
donde hay entusiasmo,*

Y todo entusiasmo es ciego, salvo donde hay saber

Y todo saber es vano, salvo donde hay trabajo

Y todo trabajo está vacío, salvo donde hay amor.

¿Y qué es trabajar con amor?

*Es poner, en todo lo que hagan, un soplo
de su espíritu.*

KHALIL GIBRAN

Prólogo

Ser cuidado... cuidarse... cuidar... ¿Quién a lo largo de su vida no ha conocido cada uno de estos imperativos? Cuidar es y será siempre indispensable no sólo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de todo grupo social. Esta función primordial, inherente a la supervivencia de todo ser vivo, se ha visto profundamente alterada entre los hombres a medida que las grandes mutaciones tecnológicas, socio-económicas y culturales dan lugar a la fragmentación y la disección de la aplicación de cuidados en una multitud de tareas y actividades diversas, en las que se requieren tanto profesiones como oficios.

Si la enfermería aparece como una rama de esta fragmentación, cabría preguntarse cuál es el origen de esta derivación. Por eso, parece esencial tener en cuenta los tres polos alrededor de los cuales esta rama profesional se ha esforzado por cimentarse. Éstos aparecen como lo que a lo largo de la historia se ha designado con los vocablos *cuidados*, *profesión* y *enfermería*. Para comprender en qué se basan la finalidad y el objetivo de los cuidados y discernir lo que ocurre a nivel de la práctica de la enfermería, parece indispensable seguir su rastro y preguntarse por sus connotaciones. Estas huellas empiezan a manifestarse una a una, pero necesitan ser reconstruidas por completo; no obstante, algunos indicios pueden contribuir a aclarar ciertos aspectos.

Los cuidados. La enfermería, como otros oficios o profesiones,¹ califica como *cuidados* la prestación que ofrece, denominados recientemente *cuidados de enfermería*.² Pero, ¿qué hay que entender con este nombre? ¿Es la denominación del personal que proporciona esos cuidados lo que les vale ser calificados “de enfermería”, o son la expresión de una práctica profesional identificada? En este caso, ¿qué queda del sentido original de los cuidados, cuyo principal objetivo es contribuir a todo lo que pueda promover y desarrollar *aquello que hace vivir* a las personas y a los grupos? ¿No hablábamos antes de “cuidados a los enfermos”, luego de “cuidados

técnicos”, para después quedarnos sólo con “las técnicas”, convirtiéndose éstas en “técnicas de enfermería”? ¿Qué continuidad o transformación, qué renovación denotan estas denominaciones sucesivas (teniendo en cuenta la época en que aparecen) que, perpetuándose, tienden a cargarse de connotaciones diferentes?

La profesión. Actualmente se considera profesión a un grupo de personas que han conseguido un *título*, un *estatus*, mediante una *formación*, con el fin de ejercer una actividad. Estas personas reconocen pertenecer a un mismo conjunto, formar parte de un mismo grupo, pero, ¿qué relación las une? ¿Es por lo que hacen? ¿O por una misma formación que se basa, en general, en una *misma ideología*, con objeto de ejercer una actividad que supuestamente tiene algunas características comunes, si no algún interés común? En la enfermería parece que el grupo de pertenencia profesional se crea mucho más que por la naturaleza de su actividad, por la formación, la cual muestra en sí misma, desde su principio, una ideología común.

La enfermería siempre ha asegurado ser una profesión y ha negado ser un oficio. No es una posición anodina. En efecto, tiene los cimientos de una profesión mucho antes del movimiento de profesionalización. Profesar significa creer y, a partir de aquí, enseñar lo que se cree.

Desde la alta Edad Media, con la ascensión del cristianismo al poder del Estado, las profesiones se erigen en torno a la fe cristiana, instituyendo grupos que regulan el orden social. “La sociedad humana está compuesta por tres condiciones, según recuerda Yves de Chartres en sus epístolas: los cónyuges, los continentes, los dirigentes de la Iglesia (...), cualquiera que ante el tribunal del juez eterno no se encuentre *entre una de estas profesiones* será privado de la herencia eterna”, y Georges Duby que refiere estas palabras, sigue así: “El hombre debe situarse en cualquier lugar, la marginalidad no se admite.”³

Una profesión se funda inicialmente alrededor de una creencia, de una ideología enfocada a regular el orden social y a determinar lo que se juzga como bueno o malo para el mantenimiento de este orden. Estudios y trabajos realizados actualmente⁴ confirman esta situación y demuestran una continuidad hasta nuestros días: *pertenecer a una profesión es ser parte de una clase social que tiene un lugar determinado en una jerarquía de poderes reguladores de la sociedad.*

Los custodios de la regulación de este orden social eran inicialmente los sacerdotes y los clérigos. A su alrededor y a partir de ellos se desarrollaron otros cuerpos profesionales, siendo los dos principales el de los médicos y los jueces. Uno y otro poseen un poder que se ejerce directamente sobre la vida y la muerte, por esa razón, deciden lo que es bueno o malo. Alrededor de estas dos profesiones iniciales se crea todo un

conjunto de organizaciones sociales que dan origen a diferentes grupos que dependen de su poder de decisión. Hacia finales del siglo xix, con la revolución industrial y el movimiento demográfico, otros grupos inician, a su imagen, su propio movimiento de profesionalización sin llegar, en la mayoría de los casos, más que a lo que se llama una “semiprofesión”. Entre otros, éste es el caso de la enfermería y de muchas profesiones sanitarias y sociales derivadas de la misma.

Para analizar cualquier movimiento de profesionalización y medir su impacto, parece deseable tener en cuenta la indiscutible diferencia de lo que funda inicialmente una profesión y un oficio.

A diferencia de lo que ocurre con una profesión, un oficio no parte de una creencia ideológica. *Se constituye a partir de una actividad necesaria para la vida del grupo social*, como hacer pan, herrar los caballos (herrero), etc. Un oficio se crea a partir de la relación del hombre con los elementos de la naturaleza descubiertos en el universo en que vive, elementos que ajusta transformándolos con el fin de que sirvan a la comunidad para asegurar, en primer lugar, la conservación de la vida y, además, para mejorar las condiciones de la misma. *Un oficio garantiza, en primer lugar y ante todo, un servicio a la comunidad*. El grupo al que pertenecen aquellos que ejercen un mismo oficio se constituye en torno al servicio que se ofrece a la población, a la prestación; así ocurrió en distintas civilizaciones con las corporaciones y los gremios. Los grupos constituidos en oficios no tienen función reguladora del orden social, son los proveedores del grupo, proporcionan el servicio de fabricar lo indispensable para la supervivencia. Con el desarrollo de tecnologías más elaboradas y el enriquecimiento de los grupos sociales, los oficios se diversifican y se multiplican, proporcionando productos y servicios cada vez más variados que contribuyen a facilitar o a mejorar condiciones de vida cada vez más complejas.

Desde finales del siglo xix y a lo largo del xx se inicia cierto acercamiento entre profesión y oficio, en el sentido de que la primera ha sido inducida a utilizar cada vez más los instrumentos y los conocimientos descubiertos casi siempre por “gente de oficio”. Al tener acceso a los nuevos conocimientos científicos, las profesiones están condicionadas a demostrar, cada vez más, su actividad y el servicio brindado a la sociedad. Sin embargo, este servicio queda, por lo general, impregnado de una ideología, pudiendo llegar incluso a valerse de un monopolio, por ejemplo el monopolio del saber acerca de la enfermedad y la salud, en el caso de la profesión médica.

Basándose por definición en un credo, el heredado de las [mujeres] consagradas, y teniendo en cuenta el *papel de la mujer* hacia la sociedad, la profesión de enfermería tiene razón de reclamar su lugar más como una

profesión que como un oficio, a condición de ser consciente de que no son los cuidados y el servicio ofrecido los que denotan su identidad, sino la *enfermera como persona*.

La enfermera. La historia de los orígenes de este término y de lo que quiere designar en función de los lugares y las épocas todavía es desconocida. Fue a finales del siglo xix y comienzos del xx que el término “enfermera”, “enfermero”, utilizado para el personal de la Asistencia Pública de París, relegó al de “guarda de enfermos” o “cuidadores”, sin duda por ser el primero en introducirse a instancias del doctor Bourneville, en un texto legislativo: decretos del Consejo Municipal de París, que crean las cuatro primeras escuelas de enfermeras de la Asistencia Pública (1878-1894). Después de la promulgación de la ley de Combe en 1901, este término quedó definitivamente homologado por la circular del 28 de octubre de 1902, creando las escuelas de enfermeras en Francia.

Formada en escuelas *de enfermeras* para obtener su diploma de Estado *de enfermera*, la enfermera se convierte en el eje del movimiento de profesionalización de *la enfermería*.

¿A quién no le resulta familiar la imagen de su personaje? Imitada por los niños en el juego de “médicos y enfermeras” aparecido en los últimos decenios en el medio urbano, es la figura simbólica del eterno femenino.⁵ Este juego revelador de los símbolos surgidos de los mitos más antiguos de la humanidad y elaborados alrededor de la vida y de la muerte, de la sexualidad y sus tabúes, asociados a las formas míticas más recientes originadas por la tecnología y la jerarquía del poder, refleja como un espejo todo tipo de informaciones sobre ciertas características de la práctica curativa del médico y de la enfermera, así como el reconocimiento social y el valor socioeconómico que pueden alcanzar.

Es ella..., la enfermera, la que aparece en las novelas, desde las más delicadas a las más violentas, la que ilustra una serie de imágenes, solemne en los momentos de crisis, guerras, catástrofes, plagas sociales..., caricaturesca en tiempos de alborozo o de calma. Personaje magnificado o rebajado, sublimado o despreciado, sobreestimado o devaluado, la enfermera, figura mítica, está determinada por el *rol* que de ella se espera más que por lo que lógicamente debería caracterizarla en forma profesional, no personal: sus cuidados.

Para comprender la prevalencia del *rol de la enfermera* y para delimitar el concepto “cuidados de enfermería”, es importante estudiar y analizar lo que ha presidido a la aparición y la evolución de la práctica de los cuidados de enfermería, para así poder captar las razones que han obstaculizado, y aún corren el riesgo de obstaculizar, su identificación, su desarrollo y su valoración. Por ello, parece imprescindible preguntar a la historia y,

concretamente, a la *historia de las mujeres sanadoras*. Aun si los cuidados de enfermería prodigados en los hospitales generales y en los servicios extrahospitalarios no son sólo efectuados por mujeres enfermeras y ayudantes mujeres, y tampoco los cuidados de enfermería psiquiátrica son efectuados sólo por enfermeros psiquiátricos, es importante distinguir lo que de la función sanadora fue asegurado por uno y otro sexos de manera irremplazable durante miles de años.

La historia de los cuidados vividos y transmitidos por las mujeres hace que los cuidados por ellas dispensados, tanto en el medio hospitalario no psiquiátrico como en los ambulatorios, se identifiquen hoy con la denominación de “cuidados de enfermería”. Aquellos proporcionados por hombres eran, hasta estos últimos años, de naturaleza y orientación muy distinta. Surgidos originalmente de la caza, la guerra y el mantenimiento del orden social, nacen, se desarrollan, se multiplican y crean instituciones que les son propias (órdenes religioso-militares, lazaretos, asilos, hospitales de campaña, etc.). Es imprescindible estudiarlos como tales y analizar su influencia, sin por ello confundirlos con los cuidados de las mujeres, ni asimilar estos últimos a los proporcionados por hombres, hasta el punto de ejercer una acción determinante sobre la evolución de los cuidados y de los tratamientos.

Para comprender esta evolución y el nacimiento de los movimientos de profesionalización que originan los distintos tipos de cuidados, es necesario romper la confusión existente hasta hoy entre los desarrollados por mujeres y los realizados por hombres. Por eso, para determinar los distintos roles que de ellos han surgido y aclarar el tipo de pertenencia profesional, social, cultural y económica, es importante discernir las razones que han presidido sus orígenes, así como sus características específicas y las de las instituciones sanitarias y sociales.

La asimilación de las prácticas de las mujeres sanadoras a su papel se tradujo en distintas formas de identificación conforme al paso de la evolución. Podemos recordar tres grandes formas de identificación:

— La identificación de los cuidados de la *mujer*; desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad hasta la Edad Media, en la sociedad occidental. Su rol es la expresión de las prácticas sanadoras elaboradas a partir de la fecundidad y modeladas por la herencia cultural de “la mujer que auxilia”.

— La identificación de los cuidados de la *mujer consagrada*, desde la Edad Media hasta finales del siglo xix. El cuerpo, separado del espíritu, es percibido como fuente de impureza y de fornicación. Sólo puede ser objeto de cuidados el cuerpo enfermo y abandonado. El rol está prescrito por las reglas conventuales que dictan las conductas y comportamientos de la mujer consagrada.

— La identificación de los cuidados de la *enfermera* → auxiliar del médico, desde principios del siglo xx hasta finales de la década de 1960. Al hacerse laica, y con el desarrollo de la técnica, el rol de las mujeres consagradas, hasta entonces único, reviste dos aspectos: el *rol moral* y el *técnico*; estos dos roles se reunifican en la persona de la enfermera para constituir “el rol de la enfermera”. Éste la reviste en todo lo que es. Ya sea por la formación, el reconocimiento jurídico del ejercicio personal, los organismos representativos o las publicaciones, la profesión se establece alrededor de la persona de la enfermera, quien garantiza, casi hasta nuestros días, la aplicación de unos cuidados con los que se confunde. Hasta hace poco la *definición de la enfermera* era el centro de la definición de la profesión.

¿Cómo pasar de una definición profesional forjada a partir del rol, de la enfermera como persona, al sustrato de la prestación que ofrece el personal de enfermería: los cuidados de enfermería? *Aquí está en juego el dilema de la profesión*. No se trata sólo de preguntarse qué es ser enfermera, ser enfermero, sino que es importante sobrepasar el concepto que encierra la definición de cuidados de enfermería, para intentar identificar las características de los cuidados y del servicio de enfermería.

La clave de la evolución de la profesión parece estar en aclarar la identidad de los cuidados de enfermería, no trazando un perfil de lo que es, de lo que debe hacer o en lo que se debe convertir “la/el enfermera/o”, ni refiriéndose a un modelo teórico capaz de formarla, sino identificando la naturaleza, la razón de ser, el significado, la valoración social y económica de la prestación profesional que se ofrece a los necesitados de cuidados.

¿Acaso puede realizarlo sin preguntarse y sin encontrar el sentido original de los cuidados, sin medir la diferencia entre “cuidado” y “tratamiento” y sin dar a la profesión las bases de un oficio?

El objetivo de este trabajo es intentar volver a situar en el tiempo la evolución de la práctica de las mujeres sanadoras para captar mejor lo que ha marcado, particularmente en Francia, el progreso y la evolución de la enfermería operada alrededor del *rol de la enfermera*, así como para entender las modificaciones que las mujeres aportaron al concepto de cuidado, cuando las prácticas elaboradas alrededor de la fecundidad y del cuerpo como habitáculo del espíritu se prohibieron en las sociedades sometidas al poder eclesiástico. Al desposeerlas progresivamente de todo lo propio de su función de cuidar, las mujeres no sólo pierden lo equivalente a su saber y su práctica, sino que, a su pesar, todo un conjunto del patrimonio de la humanidad tiende a desaparecer y a no ser ya reconocido como fundamental, como vital.

Este recorrido nos conduce al presente en que nos insertamos, donde aparece poco a poco, haciendo filigranas, la encrucijada en que nos encontramos, y se intenta, con la ayuda de algunas pistas, captar de nuevo el sentido original de los cuidados, delimitando el objetivo de la práctica profesional: *los cuidados de enfermería*.

Se trata sin duda de una empresa delicada, porque abordar las prácticas de cuidados para comprender mejor lo que contribuye a identificar los cuidados de enfermería representa un tema vasto y de una gran complejidad. Es un tema de *carácter universal y multidimensional*, aunque se singulariza en cada cultura, cada sistema socioeconómico, en cada situación. Es un *tema delicado* por las interferencias que suscita entre saberes, poderes y decisiones. Es *un tema difícil* porque se reduce con facilidad a la aplicación de una técnica, de un sistema estereotipado o, por el contrario, es inalcanzable debido a los muchos aspectos que plantea. Es *un tema implícito*, ya que está relacionado con hábitos de vida, creencias, valores, haciendo así que nos hagamos las preguntas más fundamentales acerca de la vida, la muerte, la sexualidad, el amor, el sufrimiento, la revolución, el trabajo...

Esto sólo es el esbozo de algunos puntos de reflexión elaborados a lo largo de mi caminar por la vida, mi práctica en enfermería, todo lo que me han enseñado los que reciben cuidados, así como la parte y la aportación de tantas enfermeras y enfermeros que actualmente se preguntan por el sentido, la concepción, el fundamento, el alcance social y económico de los cuidados de enfermería. De igual manera es el fruto de lo que me han permitido descubrir muchas personas que ejercen un oficio o cualquier otra forma de trabajo. Soy consciente de las limitaciones de esta obra, de sus insuficiencias, de sus aspectos de oscuridad, de la dificultad de traducir en palabras lo que, a través de culturas y experiencias, ha contribuido a orientar la forma de concebir los cuidados, los cuidados de enfermería. A pesar de estas limitaciones, espero, sin embargo, que aquellos que quieran que los cuidados sean portadores de vida, tengan posibilidad de cuestionar, de reflexionar y de crear para construir su función curativa, permitiendo tanto a los que proporcionan los cuidados como a los que se valen de ellos, que se realicen en su devenir de hombre o de mujer.

NOTAS

1. El término “cuidados” se aplica tanto para los “cuidados maternos” prologados cotidianamente desde el principio de la historia de la humanidad, como a las actividades de un oficio: cuidados de belleza, cuidados de pelu-

quería..., así como a profesiones: cuidados de enfermería, cuidados médicos.

2. El primer texto legislativo que menciona en Francia el término “cuidados de enfermería” es la circular nº 222/0414 del 31 de julio de 1975. Definición, función, marco del personal de enfermería. (No aparecida en el J.O., B.O. 75/35 folio 9479.)
3. Duby G., *Le chevalier, la femme et le prêtre* (Paris, Hachette, 1981, p. 179.)
4. Bertaux, D., *Destins personnels et structure de classe* (Paris, PUF, 1977).
5. Este eterno femenino que no hay que omitir evoca en su forma paradójica tal y como lo muestra el finísimo análisis de Jean Eustache en su película, *La Maman et la Putain*, 1973.

Primera parte

LOS CUIDADOS DE LAS MUJERES IDENTIFICADAS POR SU ROL

¿La comprensión del mundo actual necesita del conocimiento de la Historia? No, si encerrado en sí mismo el pasado se reconstituye simplemente como un objeto exótico. La perspectiva cambia si ese pasado es analizado y confrontado con el presente a fin de identificar supervivencias y rupturas.¹

Las dificultades que se encuentran hoy en día en la enfermería se deben a varios hechos: la referencia profesional central reside en la imagen de su papel social y la supuesta imagen del público de ese papel, adelantándose a cualquier apreciación del estatus real de la profesión en términos de cualificación y del estatus jurídico. La especialización de la enfermería es indisociable de una función definida en términos de dependencia al amparo del cuerpo médico.²

Junto con la alimentación a la cual está ligada, la aplicación de cuidados es sin duda la práctica más antigua de la historia del mundo. Ya en los animales, reviste un carácter diferente en la hembra, siempre ocupada de su descendencia, prodigándole cuidados corporales y facilitándole el aprendizaje alimentario, mientras que el macho traspasa los límites del territorio para procurar una subsistencia a veces difícil de conseguir, y se muestra como el defensor de la prole.

La especie humana no sabría sustraerse a estas prácticas muchas veces milenarias: cuidar contribuye directamente a asegurar la continuidad de la vida del grupo, de la especie Homo. Como entre los animales, la aplicación de cuidados corresponde al reconocimiento y la prolongación de una función social: aquella que se elabora alrededor de la fecundidad de las mujeres, participando directamente en todo lo que contribuye al mantenimiento y desarrollo de la vida, aquella que vela por hacer retroceder a la muerte entre los hombres. Los cuidados de enfermería representan una rama muy reciente de toda esta evolución muchas veces milenaria de los cuidados (capítulo 1).

Es importante considerar de manera individual la práctica de cuidados procedentes de las mujeres y la de aquellos que provienen de los

hombres, cuya naturaleza es diferente. Las prácticas de las mujeres cuidadoras se identifican con el rol social que ejercen al realizarlas: rol labrado en torno a la fecundidad y a todas las formas simbólicas que engendra (capítulo 2), prescrito por las reglas conventuales de la [mujer] consagrada (capítulo 3), nacido de la doble filiación religiosa y médica de la [mujer]-enfermera auxiliar del médico (capítulo 4). La expresión de estos roles marca de forma indeleble la práctica cuidadora de la enfermería determinada aún en la actualidad por una “definición de enfermera” (capítulo 5).

NOTAS

1. Ferro M., *Comment on raconte l'Histoire aux enfants a monde entier*, Paris, Payot, 1981.
2. Chauvenet A. “L’infirmière hospitalière, technicienne ou travailleuse sociale”. PROJET. n° 90. décembre 1974, p. 1139.

1

Origen de las prácticas de cuidadoras; su influencia en la práctica de la enfermería

Las primeras relaciones que han mantenido el hombre y el dolor, las primitivas defensas que el hombre ha desarrollado contra las fuerzas que le acosan, no son fáciles de determinar. Además, hay que buscar su rastro en el propio presente. Puesto que, a pesar de sus esfuerzos por olvidar, a pesar de su deseo de devorar su pasado para negarlo, a pesar de tantos siglos de actividad científica, nuestras sociedades jamás han podido eliminar del comportamiento humano lo que milenios de práctica y de experiencia han enseñado a sociedades sin escritura.¹

Los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que es necesario “ocuparse” de la vida para que ésta pueda persistir. Los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, ya que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que ésta continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, del grupo, de la especie.

Es decir que, durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la supervivencia del grupo.

La historia de los cuidados se perfila alrededor de dos grandes ejes que originan dos orientaciones, de las que una garantizará su predominio hasta el punto de asimilar a la otra, de absorberla, intentando incluso hacerla desaparecer.

En un principio estas dos orientaciones coexisten, se complementan, se engendran mutuamente. Sólo con la aparición de un pensamiento dialéctico que revela el MAL para separarlo del BIEN, es decir, de todo aquello que hace vivir, que aísla para analizar y comprender lo que se percibe como maléfico, como origen de la muerte, sólo así, una de estas orientaciones ha prevalecido sobre la otra hasta el punto de negarla e intentar su destrucción.

Asegurar el mantenimiento, la continuidad de la vida

La primera orientación es la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la historia de la humanidad: *asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie*, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales: recursos energéticos, de ahí la necesidad de alimento, protección contra las inclemencias del frío o del calor por medio de la ropa o del refugio, que dará lugar, poco a poco, al alojamiento.

Esta necesidad de asegurar el mantenimiento de estas funciones vitales de manera cotidiana da lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hacen cargo hombres y mujeres que, según los recursos locales, se esfuerzan por atenderlas. De manera concreta, las tareas se organizan alrededor de una serie de necesidades fundamentales: sustentarse, protegerse de la intemperie, defender el territorio y salvaguardar los recursos. La organización de estas tareas da origen a la división sexual del trabajo que, precisándose, marcará de forma determinante, según las culturas y las épocas, el lugar del hombre y de la mujer en la vida social y económica.² La repartición de las atribuciones garantiza la existencia y la supervivencia, pero esto no significa que estén cargadas de un valor simbólico diferente: “La caza no tiene lugar sin mística: los hombres oponen su espíritu y su talento a la inteligencia y al instinto de los animales [...]. El desafío de la caza es manifiesto, impresionante de ver, tanto más cuanto más grande y fiera sea la presa. Por su lado, los innegables recursos inteligentes utilizados por las mujeres para ordenar la distribución de los productos vegetales y para saber cuál es el momento de la maduración de las plantas, son mucho más tranquilos, más humildes y menos espectaculares”.³

Asegurar la supervivencia era —y sigue siendo— un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo: *cuidar de*. Era necesario cuidar de las mujeres de parto, los niños, los vivos, pero también de los muertos. Todo esto daba lugar a cuidar también del fuego para que no se apagara, de las plantas, de los instrumentos de caza, de las pieles, más tarde de la cosecha, de los animales domésticos, etcétera.

Aún en la actualidad, esta expresión corriente, *cuidar de*, *ocuparse de*, transmite el sentido inicial y original de la palabra cuidado. Cuando le pido a alguien “que cuide de mis plantas” cuando me voy de vacaciones, a nadie le vendrá a la mente pensar que cuidar quiere decir dar medicamentos. Inmediatamente tendré que dar las indicaciones de todo lo indispensable para que las plantas sigan vivas y esto va en función de *sus hábitos de vida*. Todas ellas necesitan beber, pero cada una de forma diferente. Lo mismo ocurrirá con la luz, el calor, las corrientes de aire...

Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo.

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados. Todo ello ha dado lugar a prácticas corrientes: prácticas alimentarias, de vestimenta, de hábitat, prácticas sexuales... que a su vez forjan maneras de hacer, costumbres. Todas estas prácticas y hábitos de vida se forjan partiendo del modo en que los hombres y las mujeres aprenden y utilizan el medio de vida que les rodea, de ahí la infinita diversidad de prácticas que, cuando se perpetúan de forma duradera, generan por sí mismas ritos y creencias. Esta orientación de los cuidados basada en todo aquello que contribuye a asegurar el mantenimiento y la continuidad de la vida nace de lo que Edgar Morin llama la *physis*, es decir la *ciencia de la naturaleza*. Descubierta progresivamente por tanteos, ensayos y errores, este conocimiento de la naturaleza favorece la adquisición del “saber hacer”, del “saber usar”, que elaborándose y desarrollándose constituye un patrimonio de ritos y creencias en el seno del grupo con atribuciones de las que algunas serán más cosa de hombres, mientras que otras serán primordialmente cosa de mujeres.

Enfrentarse a la muerte

Asegurar el mantenimiento, la continuidad de la vida, no es cosa fácil. “Las precarias condiciones de vida hacen a la muerte omnipresente y siempre terrorífica. Para manejar este desconocimiento, nacen entonces los primeros discursos sobre el MAL, los primeros conjuros del miedo”.⁴ Partiendo de esta primera orientación y para encontrar todo lo fundamental para el mantenimiento de la vida, surgen *preguntas sobre lo bueno o lo malo*, para permitir así que prosiga la vida de los individuos y del grupo, para rechazar la MUERTE.

A partir de estas preguntas, surgirá la *orientación metafísica*, es decir, aquella que nace de discernir lo que es considerado como bueno o como malo, dando así lugar a suposiciones que a su vez darán origen a otras interpretaciones. Esta nueva orientación intenta discernir el origen del bien y del mal, interpreta y designa las fuerzas benéficas y las fuerzas maléficas portadoras del MAL y, por tanto, de la enfermedad y de la muerte.

Esta orientación nace y se apoya en las constataciones que se hacen a partir de lo que hombres y mujeres han descubierto del universo físi-

co en que viven, y al mismo tiempo descubrir todo lo desconocido de este universo que es prodigioso y amenazante a la vez, que da miedo. A medida que los grupos ratificaron sus prácticas de cuidados habituales consistentes en cosas permitidas y prohibidas, las erigieron en ritos y encargaron primero al *chamán* y luego al *sacerdote* el cargo de garantizar estos ritos. Como *guardián de las tradiciones* y de todo lo que contribuye a mantener la vida, el sacerdote es, al mismo tiempo, el encargado de hacer de mediador entre las fuerzas benéficas y maléficas, es decir está designado para *interpretar y decidir lo que es bueno o lo que es malo*. Él intercede, intenta rechazar el mal procurando conciliar las fuerzas benéficas por medio de ritos, ofrendas, hechizos y sacrificios. Pero por su poder de mediación, es él también quien *denuncia el mal* y el que, al mismo tiempo, adquiere poco a poco el derecho de designar y de eliminar del grupo a todo sospechoso de ser portador del mal: ya sea por tener marcas de signos tangibles (leprosos) o bien, sin tener signos aparentes, algunos se vuelven chivo expiatorio de una perturbación económica y social del orden establecido, poniendo así en relieve un mal pernicioso oculto (gitanos, judíos, herejes, brujas, vagabundos, mendigos, locos...).

Este papel mediador entre el orden físico y el del más allá del universo visible, el metafísico, se ha transformado conforme al avance de la historia de la humanidad a un ritmo excesivamente lento, durante miles de años,⁵ para dar lugar posteriormente al nacimiento de nuevos descriptores del mal, *los médicos*.

Con el nacimiento de la clínica, el médico, descendiente de sacerdotes y clérigos, aparece como un especialista, mediador de los signos y síntomas indicadores de un mal determinado, del que el enfermo es portador. La interpretación del BIEN y del MAL que causa la muerte ya no se hace por la naturaleza de las buenas o malas relaciones que el hombre tiene con el universo en que vive, sino aislando el mal del que es portador, intentando reducirlo y tratándolo como tal. Sin embargo, hasta finales del siglo XIX, tanto los métodos de investigación como las terapias médicas siguieron siendo someras y precarias, siendo también muy limitados los cuidados y tratamientos médicos. Además, recurrir a un médico es todavía un hecho aislado y sólo concierne a una clase social privilegiada del medio urbano mientras que en el medio rural sigue siendo excepcional: “De todas formas, los campesinos tenían sus propias ideas sobre las enfermedades”.⁶

Los grandes descubrimientos de finales del siglo XIX en el terreno de la física y la química, no hubieran podido hacer progresar la ciencia médica por sí mismos. El hospital, lugar de reagrupamiento de todos aquellos excluidos del orden público, pobres, desempleados, vagabundos, los mar-

ginados de todas clases, hace posible el ensayo de nuevos instrumentos que servirán para explorar y tratar el cuerpo, transformando este refugio de personas sin hogar en un lugar de exploración y tratamiento de la enfermedad.⁷ El médico ve crecer de forma desmesurada su papel de mediador. No sólo puede advertir los signos clínicos que se exteriorizan, sino que puede ver e interpretar lo que ocurre en el interior del cuerpo del enfermo, mientras que el que se queja del mal, el que siente los efectos, no puede ver lo que ocurre en su propio cuerpo. El portador del mal forma cada vez más un bloque con el mal en sí mismo, hasta el punto de confundirse con él y convertirse en “una tuberculosis”, “un cáncer”, o en el mejor de los casos en el órgano afectado “un hígado”, “un bazo”, “una médula”...

Relatividad de la concepción moderna de los cuidados con respecto a la dimensión del tiempo

Intentar aprender la práctica de cuidados exige volverlos a centrar respecto a su principal finalidad: *permitir que la vida continúe y se reproduzca*. Pero no sabríamos aislar esta finalidad de la *dimensión temporal* en la que se inscribe, esta dimensión cronológica de la que el mundo contemporáneo tiende a renegar, sustituyendo el incesante caminar de miles de generaciones por la modernidad científica. La historia de los cuidados, que comienza con la historia de las especies vivas, surge con la aparición del linaje Homo que los etnopaletólogos remontan a cinco o seis millones de años. Esta historia se construye fundamentalmente en torno a la constante preocupación de asegurar la continuidad de la vida. Por ello, sin duda después del Homo Sapiens, hombres y mujeres escrutan el universo que les rodea, intentando conciliarlo, al tiempo que se esfuerzan en alejar el MAL. El acto de protección refleja y el instinto de conservación que actúa por tropismo, comienzan a tambalearse, a modificarse con la aparición de la conciencia que echa las raíces del “árbol de la ciencia del BIEN y del MAL”,* fundamento del conocimiento y origen de todas las religiones.

Con la aparición de la vida sedentaria, el hecho de discernir lo que es juzgado por el grupo como BUENO o MALO, se confía primero al chamán y luego al sacerdote, que se convierte en el custodio del orden del BIEN y del MAL.

* Todas las religiones retoman la imagen simbólica de la Biblia bajo otras formas: la caja de Pandora, por ejemplo.

Sin embargo, no basta con alejar el mal o separar del grupo a aquel que es juzgado como portador del mal, de la falta o del pecado. Cercar y circunscribir el foco del mal será la principal preocupación del médico y dará lugar al *nacimiento de la Clínica*. Esta nueva orientación sólo podrá aparecer y empezar a desarrollarse tímidamente unos seis mil años después del comienzo de la era de la agricultura, para después extender la utilización de la aplicación durante toda la revolución urbana hasta la llegada de la Revolución Industrial. La finalidad del médico es entonces, librar un singular combate con el mal y vencerlo. Es posible producir “una separación física del mal” e intentar tratarlo para erradicar todo aquello que puede matar, con el riesgo de no poner atención en lo que aún vive, en lo que puede hacer vivir, en lo que da sentido a la vida.

Como veremos posteriormente, los cuidados médicos, los únicos reconocidos como científicos, sustituyen tanto a los cuidados para el mantenimiento de la vida como a los cuidados curativos nacidos de los descubrimientos empíricos sobre dichos cuidados. A finales del siglo XIX con la llegada de tecnologías muy elaboradas, los cuidados médicos se orientan hacia un restablecimiento complejo de la salud que se convertirá cada vez más en campo de especialistas. Debido a la aceleración de la dimensión del tiempo, el campo especial de los cuidados se estrecha cada vez más. Hay una desaparición, incluso una negación, de los lazos entrettejidos entre el hombre y su universo, su entorno, su grupo social. El propio campo de la persona enferma está obliterado. Hay un foco en el espacio tisular e incluso en el espacio celular portador de signos del mal. El campo de los cuidados se queda aislado, parcelado, fisurado, se sustrae de las dimensiones sociales y colectivas. A excepción de todas las otras concepciones o aproximaciones de corrientes, muchas veces milenarias, que han sido elaboradas a lo largo de la historia y frente al problema de la VIDA y de la MUERTE, *cuidar se convierte en tratar la enfermedad*. Los especialistas por sí solos no bastan, necesitarán mano de obra adecuada para hacerse cargo de las muchas tareas, pudiendo así asegurar la investigación y el tratamiento de la enfermedad.

La práctica de la enfermería y su relación con estas dos orientaciones

Las dos orientaciones anteriormente mencionadas han influido en el discurrir de la enfermería y han contribuido a dificultar la identificación de los cuidados de enfermería (véase figura de las páginas 12 y 13).

La evolución de la primera orientación está vinculada a todo aquello que permite y favorece el mantenimiento y desarrollo de la vida. Los

cuidados que siguen la línea de esta orientación se construyen esencialmente alrededor de todo aquello que da vida, que es fecundable y que da a luz.

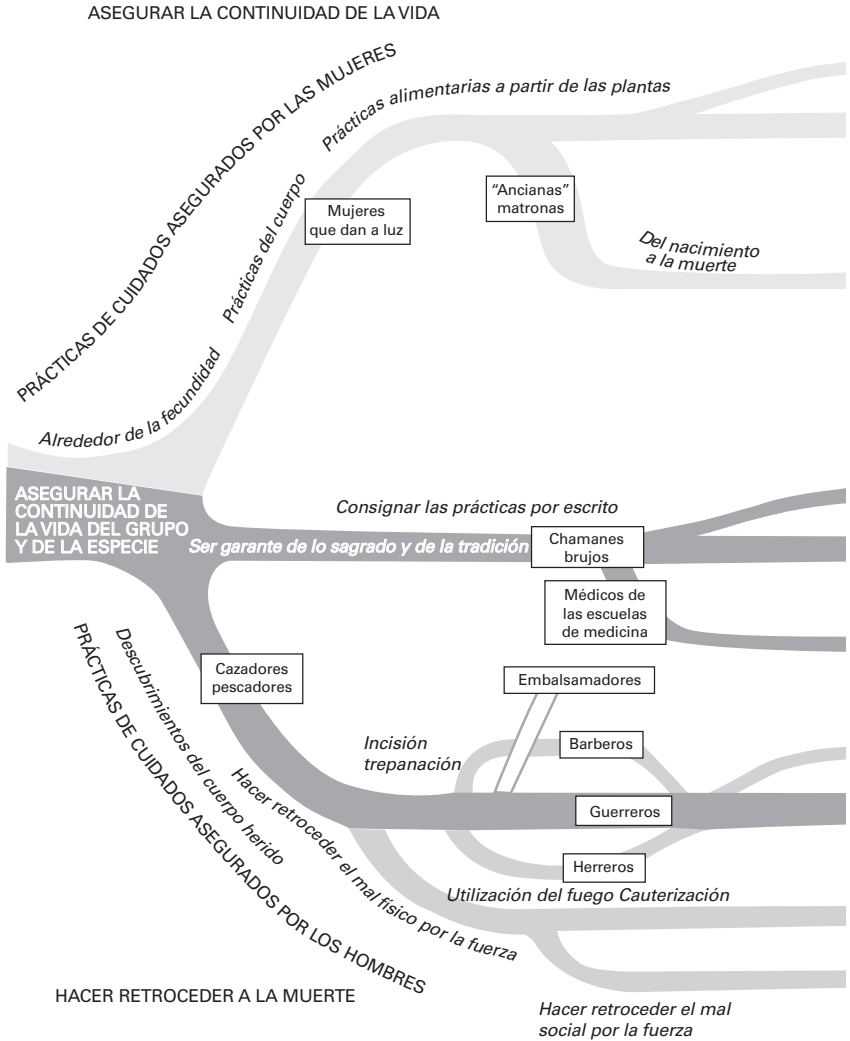
Todas las prácticas rituales desde la concepción hasta el nacimiento se elaboran alrededor de la mujer, símbolo de la fecundidad, y del niño que ella trae al mundo. Los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierten en las mujeres y lo hacen hasta la muerte: cuidados a los niños, al igual que a los enfermos y a los moribundos, puesto que ¿acaso dándoles la vida no les comunican la muerte? Los cuidados corporales y la experiencia, con frecuencia secular, de las prácticas alimentarias, desde el origen del descubrimiento de las propiedades de las plantas, han sido la base del conjunto de cuidados desarrollados por las mujeres a lo largo de la evolución de la historia de la humanidad, siendo así hasta nuestros días.

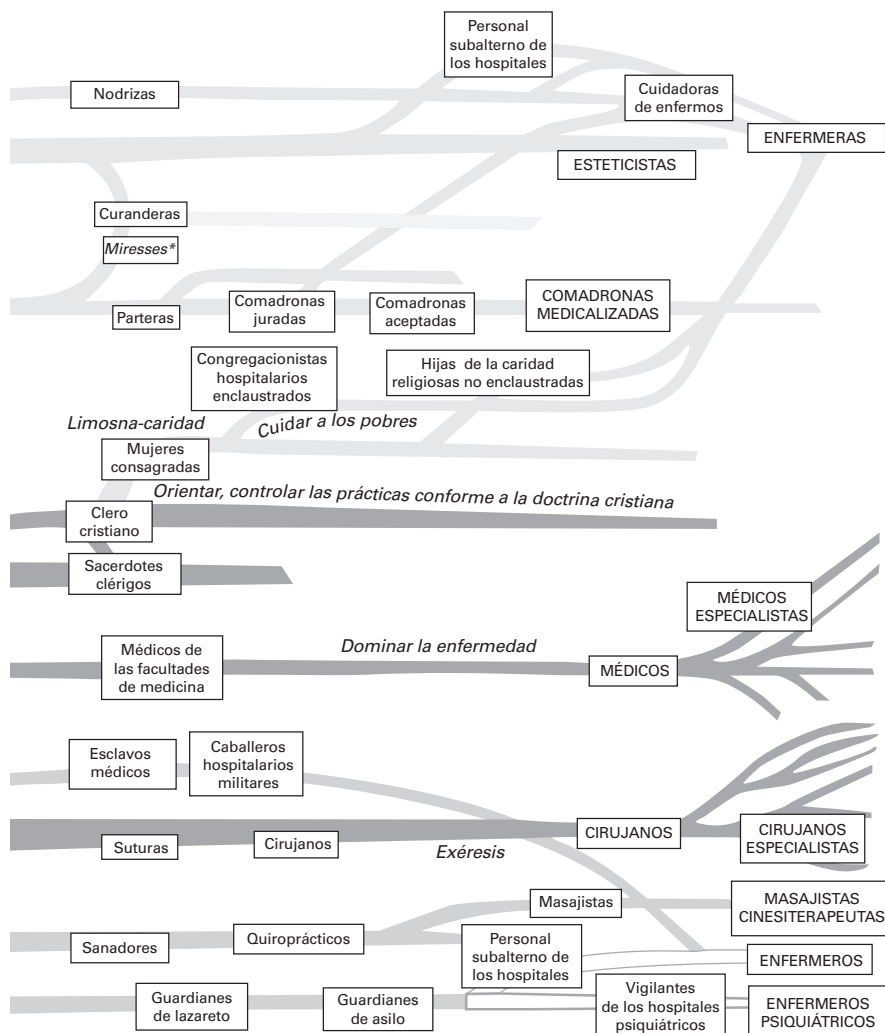
Por el contrario, los accidentes de caza o pesca y, *a fortiori*, de guerra no conciernen a las mujeres. Como consecuencia de la necesidad de tener que dar muerte para sobrevivir, y puesto que al requerir la utilización de instrumentos propios de hombres —instrumentos de incisión (cuchillas, escalpelos)— o de sutura (aguja de hueso), así como la utilización del fuego, algunos cuidados sólo pueden ser competencia de hombres, mostrándose como una actividad propia de ellos. Las curas del cuerpo herido son y seguirán siendo predominantemente cosa de hombres, iniciándolos a descubrir el cuerpo por dentro, a osar explorarlo, llevándolos a desarrollar una tecnología cada vez más precisa que se convertirá en la tecnología de los herreros, los barberos y los cirujanos.

Por otra parte, los cuidados que exigen una importante fuerza física son también competencia de hombres: desplazamientos de articulaciones, reducción de fracturas, así como dominio físico de los agitados y personas en estado delirante, de locura o de embriaguez.

Estos cuidados llevados a cabo por hombres darán lugar a otras corrientes de influencia, a otras formas de ejercicio distintas de las propias de mujeres. Así, se constituirán los cuerpos de enfermeros vinculados al ejército, ya sean los esclavos en las legiones romanas, o más tarde en el seno de órdenes guerreras hospitalarias, como los Caballeros de San Juan de Jerusalén, los Caballeros de la Orden Teutónica, los Templarios, los Caballeros de la Orden de Malta, o como los que aparecerán aún más tarde en los hospitales de campaña militares.

Otros cuerpos surgirán de la necesidad de alejar de la colectividad a los portadores de males o a los sospechosos. Se encargarán de mantener el orden público encerrándolos en lazaretos, asilos y más tarde en hospitales psiquiátricos: por ejemplo, los Caballeros de la Orden de San Lázaro o





* *Miresses*: Mujeres que en la Edad Media ejercían en las ciudades una medicina reconocida hasta el siglo XIV.

lazaristas, los hermanos de san Juan de Dios. Hacia mediados del siglo XIX irán recibiendo poco a poco ayuda en su tarea, después serán desplazados por enfermeros laicos que se convertirán en los enfermeros psiquiátricos. No es hasta que apareció la quimioterapia para neutralizar la fuerza física de los alienados, cuando se empezó a contar con mujeres entre el personal de enfermería psiquiátrica.

Por último, hubo quien se encargó principalmente de la hostelería, allí donde afluirían viajeros y enfermos, en las estaciones de cura, junto a las termas, en todos los lugares donde se realizara terapia física y mental (como Delphos, Epidauro) y en los lugares de culto que reúnen peregrinos. Con el desarrollo del cristianismo se crearon con frecuencia órdenes religiosas de hombres, como la de los antoninos, o la Orden Tercera.

Además que los cuidados no han sido sólo competencia de la actividad de los hombres o de las mujeres, parece importante tener en cuenta el papel predominante de los Padres de la Iglesia, que ponen las bases de la doctrina cristiana y orientan toda la vida monástica. La obligación de los votos de religiosos y religiosas y, en particular, el voto de castidad modificarían todo el simbolismo del contacto con el cuerpo sexuado; este hecho transforma progresivamente el concepto y el significado profundo de todo el conjunto de cuidados. Como se podrá ver, esto no se realizará sin consecuencias sobre la evolución de los cuidados.

Si parece necesario poner de manifiesto estas corrientes de influencia de los cuidados que se muestran como una actividad predominantemente de hombres o de mujeres, es porque parece que hasta hoy se hubiera hecho poca diferenciación entre el origen del “nursing” y aquel que dará lugar a la enfermería que más tarde se denominará “cuidados de enfermería”, sin tener en consideración la diferente naturaleza, concepción y técnica de los cuidados proporcionados por hombres y los aplicados por mujeres. No ha habido suficiente inquietud como para comprender el origen y la evolución de estas prácticas, así como sus influencias recíprocas y su red de interacciones, siendo siempre patrimonio prioritario de uno u otro sexo hasta la aparición de los verdaderos cambios que terminan en la modificación de funciones, como consecuencia de las grandes revoluciones agrarias, urbanas e industriales. Hasta estos últimos años tampoco ha habido suficiente preocupación por saber ¿qué concepto del mundo, del universo, qué idea de la vida y de la muerte los mueve y les da significado, qué creencias, qué ritos originan aquellos que a su vez los determinan? ¿Cómo surgen otros, en ciertas encrucijadas de la historia de la humanidad, en qué medios sociales, quiénes, de uno u otro sexo prevalecen sobre las decisiones que rigen su destino y su finalidad? ¿Qué impacto

produce la escritura y los que la tienen, con respecto a la tradición oral? Cómo y por qué fueron confiscadas, asfixiadas y condenadas a la desaparición ciertas prácticas de cuidados mientras que las y los que las prodigaban eran condenados al oprobio y, por otra parte, otros modelos sociales sustitúan a los antiguos hasta el punto de dejar creer que los cuidados jamás existieron con anterioridad a ellos, en todo caso sólo los cuidados de mujeres.

La historia de los cuidados está por reconstruirse completamente a la vista de los trabajos de antropólogos, historiadores, sociólogos y economistas, devolviéndolos a las “estructuras de lo cotidiano”, como hizo Braudel con las prácticas alimentarias y del vestido.⁸

No es posible abordar aquí esta historia, pero resulta imprescindible demostrar que los recientes procesos de profesionalización están sometidos a corrientes de influencia de origen muy lejano que resultaba absolutamente necesario entender para reencontrar y reexplicar así el sentido y la finalidad de los cuidados que ofrece la enfermería.

Sólo recordaremos, por tanto, la corriente surgida de la primera orientación, tal y como fue después desarrollada por las mujeres y a través de su historia a la que se une la ramificación “cuidados de enfermería” surgida en los hospitales generales y los dispensarios, si bien es cierto que hoy en día está desprovista de su sentido original. Las distintas formas de identificar las prácticas curativas convertidas después en prácticas de enfermería y luego en cuidados de enfermería se encuentran a lo largo de la evolución de esta orientación.

Para comprender la historia de la práctica de la enfermería parece indispensable estudiarla y analizarla relacionándola con *la historia de la mujer sanadora y de su evolución*. La historia de las prácticas de cuidados vividas y transmitidas por mujeres, más tarde condenadas y desaprobadas por la Iglesia, explica desde su origen hasta nuestros días el proceso de identificación de la práctica curativa ejercida por mujeres en el medio hospitalario no psiquiátrico y en los dispensarios de pueblos y barrios, que hoy se denomina “cuidados de enfermería”.

Las etapas de estas distintas formas de identificación de las prácticas de cuidados aparecen del siguiente modo:

- identificación de los cuidados de la *mujer*, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la Edad Media, en la sociedad occidental;
- identificación de los cuidados de la *[mujer]-consagrada*, desde la Edad Media hasta finales del siglo xix en Francia;

— identificación de los cuidados de la [mujer]-*enfermera* auxiliar médico, desde el principio del siglo xx hasta finales de la década de 1960.

A través de estas distintas formas de identificar los cuidados anteriores a lo que después serán los cuidados de enfermería, se podrá comprobar que hasta principios del siglo xx el concepto que rige el papel de los que cuidan se basa en la primera de las orientaciones: *asegurar todo aquello que contribuye a mantener y a conservar la vida*. Sin embargo, esta concepción inicial basada en todo lo que rodea a la fecundidad se modifica profundamente cuando sólo se dirige hacia la vida de los seres que sufren, los necesitados y los desvalidos. Sea cual sea su transformación, la concepción de los cuidados se encarna en las que los proporcionan hasta el punto de llegar a confundirse con ellas y convertirse en uno de los papeles establecidos:

— papel labrado por la herencia cultural de la “mujer que auxilia”;⁹

— papel prescrito por las reglas conventuales de la [mujer] consagrada.

A principios del siglo xx hubo una verdadera bifurcación del concepto de cuidados dirigida por una corriente médica, que vino a impregnar el concepto transmitido por las [mujeres] consagradas y a remodelar su función. Junto al modelo religioso se asocia el papel del auxiliar médico, creándose así el papel de la [mujer]-*enfermera* auxiliar del médico.

NOTAS

1. Attali J., *L'ordre cannibale*, Paris, Grasset 1979, p. 19.
2. Leakey R., *Les origines de l'Homme*, Paris, Arthaud, 1980, p. 148-177.
3. Leakey R., *op. cit.*, p. 174.
4. Attali J., *op. cit.*, p. 21.
5. Esta transformación no se ha realizado de una forma demasiado localizada, y aun en la actualidad, sólo atañe a la sociedad occidental y a los grupos culturizados por ella.
No es posible desarrollar aquí las distintas etapas que han servido de preludeo a la medicina moderna, me remitiré a la obra de Michel Foucault, a la obra de Attali mencionada anteriormente, y a la bibliografía que ellos mismos han consultado.
6. Zeldin Th., *L'Haleine des Faubourgs*, “Les Médecins Français”, *Recherches*, décembre 1977, p. 277.
7. Foucault M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1975, p. 111. “Structure collective du sujet de l'expérience médicale; caractère de collection du champ hospitalier, la clinique se situe à la rencontre des deux ensembles”.
8. Braudel F., *Les structures du quotidien*, Paris, Armand Colin, 1979.
9. Verdier Y., *Façons de dire, façons de faire*, Paris, Gallimard, 1980.

2

Identificación de los cuidados en la mujer

En las civilizaciones tradicionales, la mujer, al estar más cerca de la naturaleza y más enterada de sus secretos, ha estado siempre acreditada no sólo del poder de profetizar, sino también del de curar o perjudicar por medio de recetas misteriosas.¹

A pesar de este largo pasado milenario, en el que el misterio de la maternidad y, más aún, el misterio de la relación de la fisiología femenina con los ciclos lunares, han servido de hilo conductor a un conjunto de prácticas de cuidados elaboradas alrededor de “esta ambigüedad fundamental de la mujer que da la vida y anuncia la muerte”, a primera vista parece que no hay relación alguna con la representación de la imagen profesional que confiere la formación de enfermería, dado lo reprobatorio y castrante de la ideología cristiana.

Identificación de los cuidados en la mujer cristiana

Curiosamente, mientras en los países latinos las enfermeras trataban de reconciliarse con el pasado, buscando a través de alguna somera historia su relación con corrientes culturales y sociales que las habían precedido en la aplicación de cuidados, lo único que encontraban, como principal fuente de referencia, era una iconografía de mujeres cristianas. Si las prácticas antiguas son recordadas, ya sea en las sociedades orientales o en las occidentales, lo son con respecto a un saber médico guardado por los hombres, con alguna alusión ocasional a la herencia de los conocimientos sobre plantas que tenían los chamanes o los brujos, los sacerdotes y los médicos de la más reciente antigüedad.

En los países de tradición católica, la mujer propuesta para representar el modelo de las primeras prácticas curativas es Fabiola: “El cristianismo enseña un gran respeto por la debilidad, el amor de los humildes y hace de la caridad la base de su doctrina. Grandes damas romanas, como Parcella

Paula y la célebre Fabiola, se convirtieron, transformando enseguida sus palacios en asilos para los desamparados, en hospitales para los enfermos [...] Todos los desafortunados fueron reunidos en nombre de la caridad cristiana”.² Pero, más aún, fue en Fabiola, mujer de la alta sociedad romana convertida al cristianismo, en quien se reconocerán tantas generaciones de mujeres que ejercían una actividad curativa: “Ya se estremece el ejército oculto que, a través de los siglos, continúa su interminable peregrinar a la cabecera de los que sufren. Los primeros cuidadores de enfermos datan de esta época lejana”.³ Uno imagina cómo se estremece el cortejo de los Hidelgarde, de los Pernelle, de santa Juana de Chantal, al que más tarde se unirá —qué ironía del destino cuando se conoce su vida— la que se convertirá en “la Dama de la lámpara”, Florence Nightingale.

En la literatura de enfermería, Fabiola está considerada como la madre de los cuidados proporcionados por mujeres, lo que nos hace creer que antes del cristianismo las mujeres no tenían ninguna actividad curativa. Además, hacer de ella el modelo original de los cuidados proporcionados por mujeres, alienta la idea de que cuidar dignifica y eleva la condición de los pobres, los desfavorecidos, los más desprovistos, y requiere una generosidad excepcional como sólo una mujer de clase social alta puede demostrar, clase social que debe ser por sí misma modelo para clases populares y que a cambio de sus favores se cree en la obligación de recibir veneración y estima. Estamos muy lejos de la imagen corriente y habitual de las prácticas curativas elaboradas y transmitidas por mujeres a lo largo de los siglos, prácticas obligadas por la Iglesia a verse reducidas progresivamente al silencio, para verse después sometidas a las prerrogativas de la medicina de los hombres.

Identificación de los cuidados en la mujer

“Las mujeres siempre han sido curanderas [...], han curado gracias a las plantas y han intercambiado los secretos de sus prácticas entre ellas. Las comadronas iban de una casa a otra. Sin tener acceso a libros ni a ningún tipo de enseñanza, las mujeres han ejercido durante siglos una medicina sin diplomas; han forjado su saber por contacto de unas con otras, transmitiéndolo por el espacio y el tiempo, de vecina a vecina, de madre a hija”.⁴

Durante miles y miles de años, los cuidados habituales, es decir los cuidados que sustentan la vida de cada día, están vinculados fundamentalmente a actividades de la mujer. Es ella quien da a luz, es ella la encargada de “ocuparse” de todo lo que mantiene la vida cotidiana en sus pequeños detalles.

Como ya ha podido verse, las expresiones “ocuparse de, cuidar de” muestran un conjunto de actividades que intentan asegurar o compensar las funciones vitales (comer, beber, vestirse, levantarse, andar, comunicarse). Estos cuidados que tejen la trama de la vida diaria hasta el punto de crear, según climas y lugares, un conjunto de hábitos de vida, ritos y creencias, son prodigados con más intensidad y son objeto de prácticas especialmente estudiadas, durante algunos periodos de la vida como la infancia y durante acontecimientos especiales como la maternidad, el nacimiento la enfermedad y la vejez preludio de la muerte.

Si parece importante, si no fundamental, poner de manifiesto tales hechos es porque estas prácticas curativas conducidas por mujeres han influido profundamente en la historia de la humanidad y han condicionado todo un conjunto de actitudes, de conceptos y de acercamiento al cuerpo y a la enfermedad. Así, Françoise Loux muestra cómo el estudio de la puericultura tradicional “nos aclara un conjunto de actitudes y prácticas tradicionales relativas a todo el cuerpo y a la enfermedad en general. La forma de acostar al niño, de mecerlo, de taparlo, de amamantarlo, el ritmo de gestos que se le impone o que se le permite seguir, la actitud que se adopta ante sus pequeños ‘malestares’ marcan en efecto profundamente su futura actitud respecto a la enfermedad y la forma de utilizar su cuerpo, y más aún cuando esta transmisión es y permanece inconsciente y profundamente enraizada en el seno de su ser”.⁵ Las actividades curativas proporcionadas por mujeres se organizan principalmente en torno a dos polos, desde el nacimiento hasta la muerte: el *cuerpo*, lugar donde se expresa la vida individual y colectiva, templo del *ánima*, *soplo de vida*; y todo lo que contribuya a hacerlo resurgir y restaurarlo: *los alimentos*.

LAS PRÁCTICAS DE LOS CUIDADOS CORPORALES

Los cuidados corporales tienen como punto de partida el cuerpo de la mujer, cuerpo marcado por la sangre de las reglas, lugar de la concepción y los alumbramientos. “El cuerpo de las mujeres parece ser la sede de una doble propiedad: es vulnerable a los elementos del universo exterior y a la vez es peligroso para ellos, unas veces son amenazadoras y otras son amenazadas por su cuerpo [...] cuando tiene la regla, ella (la mujer) presenta su lado amenazador; cuando está embarazada, presenta su lado vulnerable”.⁶ Y como prolongación de su propio cuerpo, los cuidados tienen como foco de atención constante el cuerpo del recién nacido al que dan a luz.

En los momentos decisivos de la vida como la pubertad, la gestación, el parto, el nacimiento, es cuando el cuerpo de las mujeres, punto y ex-

presión de fecundidad, recibe los cuidados más atentos. El cuerpo objeto de cuidado es introducido por un ritual de iniciación en otra fase de la vida, para a su vez convertirse más tarde en instrumento privilegiado de los cuidados *puesto que la mujer cuida por medio de su cuerpo al recién nacido*, al niño, para después cuidar a otras mujeres. Los cuidados se transmiten a través de su cuerpo; de ahí la necesidad de haber conocido en su cuerpo la experiencia de la fecundación, del parto y del nacimiento. ¿Cómo sería posible cuidar, es decir comunicar su mensaje de vida, sin haber experimentado por sí misma, en su cuerpo, todas las manifestaciones de la vida en gestación, de la vida al nacer? Para cuidar es necesario haber dado vida.

Cuidar es, por tanto, lo que conecta el cuerpo de la que ha dado vida con el de la mujer que la está dando y con el del niño al que ayuda a nacer. Esta unión se crea y se prolonga, no sólo por las manos, el tacto, sino también por la utilización de elementos simbólicos de vida: agua, plantas y sus derivados: aceites, lociones, perfumes que a su vez las unen al universo y les aseguran una protección.

Alrededor del cuerpo se elaboran los cuidados de primera necesidad que se perfilan en torno al aseo, y de ningún modo representan una práctica de limpieza sencilla tal y como muestra Ashley Montagu, sino más bien un conjunto de estímulos producidos por el tacto, por el contacto con agua, por el uso de plantas sedantes (aceites y ungüentos) y odoríferas, participando de un juego de relaciones entre el que recibe los cuidados y la que los proporciona. Todos estos cuidados tienen por objeto contribuir a despertar y a modelar el cuerpo sexuado, imprimiéndole mensajes de comportamiento.

Los cuidados corporales estimulan y utilizan todas las propiedades sensitivas del cuerpo, *el olfato y el tacto* en particular. El olor permite detectar signos que anuncian un acontecimiento: “Cuando una mujer está a punto de parir, es también el olor el que permite reconocer el momento exacto del parto, la mujer mayor se guía por el olor que le indica que el bebé está a punto de salir”.⁷ Pero el olfato es el que nos pone en contacto con la naturaleza, el que nos une al universo, la mujer es de alguna manera instrumento de esta unión. “De hecho, el perfume ‘natural’ está concebido como si fuera parte de la propia naturaleza de la sustancia femenina”.⁸ El olfato sirve también para detectar algunas enfermedades y para identificarlas.

El *tacto* por las manos que movilizan fuerzas de vida y el contacto directo con la piel son fuentes de estímulo y de movilización. Las manos, al acariciar, al rozar o al hacer presión, calman, apaciguan, relajan, alivian, dilatan o tonifican. Mueven sensaciones cinestésicas por medio de pelliz-

cos, fricciones, estiramientos así como sensaciones térmicas, despertando sensaciones de placer o de desagrado. Aparte de las manos, el contacto directo con la piel es al mismo tiempo fuente de estímulo y de bienestar, y muy especialmente el contacto directo con los senos, zona privilegiada de estímulo olfativo y gustativo, de recursos nutritivos y afectivos, y simbólicamente zona de regeneración, de plenitud o de lugar de refugio para encontrar ternura, consuelo, alivio del dolor, del sufrimiento. Como fuente de ventajas y comodidades, el pecho de la mujer que ha dado a luz es un refugio conocido por sus efectos curativos, que calma el llanto de los niños y hasta los mayores dolores, tal y como lo mostró Ingmar Bergman en *Gritos y susurros*,⁹ donde Anna la joven campesina se desabrocha la blusa para apoyar la cabeza de Agnes en su seno a fin de calmar su dolor que no cede con ninguna medicación. Cómo extrañarse aún, cómo desconocer el origen de la palabra *Nursing*,* cuyo fundamento simbólico está inscrito en el pasado donde figuran las fuerzas vivas de la mujer fecunda, fuerzas que restablecen y que reconstruyen.

Aun cuando los cuidados se transmitan posteriormente por mujeres que no hayan parido, el símbolo de la imagen del resurgir y del restablecimiento permanecerá.

Alrededor del cuerpo y por medio del tacto se elaboran los *masajes*, se descubren los puntos de conducción o inhibición del movimiento, del dolor, de las sensaciones cinestésicas: así, colocar la mano en lo alto del vientre situándolo a nivel del plexo solar, calma y relaja.

En el cuerpo se realizan los *cuidados de belleza* que magnifican su imagen haciéndola más deseable, que lo modelan y lo marcan. Siendo preludio de los cuidados estéticos, que hoy en día siguen siendo esencialmente asunto de mujeres (aparte de los cuidados de peluquería). Escapan al proceso de medicalización al no haber sido percibidos como portadores de un inefable poder terapéutico. Ya no son considerados como parte integral de las prácticas curativas, sino como un sucedáneo reservado sólo a algunas personas privilegiadas. Junto con el desarrollo de la profesión, su exclusión del terreno de los cuidados acostumbrados y habituales ha contribuido al empobrecimiento de las prácticas curativas.

Los cuidados corporales abarcan asimismo todo lo concerniente a proteger y mantener el cuerpo en un entorno sano; de ahí proceden todos los *hábitos de lavado*. Baños, lavar la ropa, quehaceres y mantenimiento de la casa son prácticas purificadoras, que sustentan la vida y tienen por objeto hacerla resurgir: “El baño, la lavandería, el cuidado de la casa

* To nurse: dar el pecho, dar de mamar, nutrir, alimentar y de ahí apaciguar, reconfortar.

reanudan así una fase anterior, hacen volver las cosas a su punto de partida, de sucio a limpio, de la muerte a la vida”¹⁰. El agua es el vehículo de esta purificación, es el lugar donde se reúnen las mujeres: fuentes y lavaderos guardan los secretos de las mujeres.

Pero ahí “donde está el cuerpo, está la muerte”. A través del cuerpo de la mujer se entra en la vida y también en el camino que conduce a la muerte.

“Si es evidente dados los hechos, por el parto, que las mujeres ocupan el principio de la vida, dando a luz a los niños, parece que también están al principio de la muerte”. Además, “Como dueñas del destino, sólo se les ha atribuido un papel de pasante; asistían al nacimiento y tras proteger a los hombres durante su vida terrestre, les ayudaban a pasar al otro mundo.”¹¹

“No es casualidad que en muchas civilizaciones los cuidados a los muertos y los rituales funerarios hayan sido propios de mujeres. Es debido a que se les consideraba mucho más unidas que los hombres al ciclo —el eterno retorno— que lleva a todos los seres de la vida a la muerte y de la muerte a la vida. Ellas crean, pero también destruyen.”¹²

El aseo mortuario y el amortajamiento a cuyo alrededor se elaboran toda clase de prácticas rituales de purificación, de embalsamamiento, de premonición del regreso del alma de los muertos, han seguido siendo cosa de mujeres prácticamente hasta nuestros días, como demuestran diversas ilustraciones pictóricas o escultóricas. Aun actualmente, suelen ser las mujeres las que siguen llevando a cabo estos últimos cuidados corporales en los hospitales, bien como veladoras nocturnas, auxiliares de enfermería o como enfermeras. El médico sólo confirma la defunción.

LOS CUIDADOS ELABORADOS EN TORNO A LA ALIMENTACION

El mantenimiento, la continuidad de la vida no podría asegurarse sin todo aquello que contribuye a restaurarla, sin beber sin cesar en esta indispensable fuente de energía que es el alimento. “Durante miles de años de evolución, la caza o la recolección habían sido los únicos medios de vida”,¹³ la caza o la pesca sólo representaban alrededor de un tercio de los recursos alimentarios. Lo esencial de los recursos alimentarios se construye alrededor de la cosecha que proporcionan las mujeres. “Al ser físicamente más grandes, más fuertes y más rápidos, los hombres salían a cazar en busca de carne, mientras que las mujeres proporcionaban la estabilidad esencial para la comunidad por medio de la recolección de productos vegetales, del cuidado y la educación de los niños”.¹⁴ De este

modo, la economía alimentaria depende esencialmente de los vegetales y de la *existencia de las mujeres*.¹⁵ Poco a poco se va a tejer toda una red de complicidad entre plantas y mujeres que después de haber alcanzado, cortado, recogido frutos, bayas, nueces, melones, raíces y bulbos, van a aprender a recolectar. Alrededor de los vegetales empezará a nacer lo que sin duda será la más grande alquimia del mundo, la transformación de los productos recogidos en polvo, harinas pastas, o incluso en zumos y brebajes de todas clases. Triturando, machacando o amasando, las mujeres llegan a preparar los vegetales de formas muy diferentes como preludio a todas las cocinas del mundo. Pero al someter a los vegetales a toda clase de preparaciones, las plantas liberan todos sus secretos y sus filtros. Los vegetales son componentes esenciales en la preparación de comidas que dejan traspasar su inmensa gama de poderes terapéuticos. Como demuestra la palabra “preparación”, la preparación de alimentos precede a las *preparaciones medicinales*, origen de la farmacopea.

Raíces, brotes, tallos, flores, pétalos y pólenes serán sometidos a descortezamientos y amasados de todas clases, descubriendo así los principios activos de sus ingredientes, para extraerlos y combinarlos de las formas más variadas: caldos, infusiones, destilados, lixiviaciones, elixires, vinos y licores, e incluso papillas, pastas, bálsamos, emplastos origen de las famosas formas galénicas de base. Estos descubrimientos denominados “empíricos” son el resultado de una serie de observaciones extremadamente minuciosas que constituirán un enorme caudal de conocimiento y la identificación progresiva de los principios activos a partir de sus efectos sedantes, tónicos, astrigentes, excitantes, tóxicos, etc., además de la diversidad y multiplicidad de formas de uso tanto por ingestión: caldos, tisanas, como por aplicación: bálsamos, emplastos o incluso por inhalación o fumigación.

Poco a poco las plantas constituirán la base principal de todas las prácticas curativas, mejorando la actividad de las mujeres y participando de todos los cuidados fundamentales de conservación y mantenimiento de la vida: del aseo al adorno, de la alimentación a la medicación, sin mencionar aquí el conocimiento de sus propiedades para el lavado y el teñido de fibras. Podríamos encontrar indicios de este hecho en todo tipo de expresiones corrientes: bien relacionadas con la cocina como “soigner aux petits oignons”,* que indica una cocina sabrosa y al mismo tiempo hace alusión a las numerosas propiedades de la cebolla; o bien que sean el origen de nombres de plantas como la “belladona”, que procede

* Significa “cuidar a las mil maravillas o a cuerpo de rey”, la traducción textual de la expresión francesa es “cuidar a las cebollitas”, de ahí la comparación que hace la autora. (*N. del T.*)

de “Bella Dona” o “Hada Buena”, término utilizado para nombrar a las mujeres curanderas. Del mismo modo, los remedios de “bonnes femmes”,** demuestran que son conocidos y prescritos por mujeres, y además que son de “bona fame” o que tienen buen nombre, que procede del francés antiguo, “fame” (renombre, prestigio), uniendo así dos significados con una misma resonancia.

Todas estas prácticas se transmiten a través de varias civilizaciones, por tradición oral. Hasta la edad media —en la sociedad occidental— no fueron suplantadas por el saber de los chamanes, sacerdotes y, después, de los médicos, cuya aparición es muy tardía respecto a los miles de años de evolución de las civilizaciones. La función de estos últimos ha seguido siendo durante mucho tiempo, interpretar el simbolismo del bien y del mal con respecto a la inserción del hombre en el universo. Estas prácticas curativas transmitidas por mujeres representaron un inmenso patrimonio de saber. Los grandes médicos retomarán esta fuente de conocimiento a pesar de la condena por parte de la Iglesia en contra de las “Brujas” de la Edad Media.

“Paracelso, el gran y poderoso doctor del Renacimiento, al quemar los libros cultos de toda la antigua medicina, griegos, judíos y árabes, declara haber aprendido sólo de *la medicina popular de las viejas*, de los pastores y verdugos.”¹⁶

Valoración social y económica de los cuidados proporcionados por mujeres

“Las mujeres han sido durante siglos médicos autodidactas y sin diploma; al no tener acceso a libros ni a cursos fueron ellas mismas su propia enseñanza, transmitiendo su experiencia de vecina a vecina, de madre a hija.”¹⁷

Los cuidados corrientes se reconocieron como un hecho social, que se atribuía inicialmente a las mujeres en función de la antigua división sexual del trabajo, base de la primera economía mixta.¹⁸ La maternidad, el parto y los cuidados del recién nacido designaban a la mujer, iniciándola sobre todo en los cuidados corporales, mientras que los embarazos y los cuidados de los niños, al limitar sus desplazamientos, la llevaron a descubrir todos los secretos de las plantas; desde la cosecha a las semillas para, en diez mil años, llegar a la revolución agraria pero también al descubrimiento de un arte al que le dará su nombre. El arte de la mujer sanadora, inmortalizado por “Medea”, hechicera legendaria, que se convertirá

* Significa remedios “caseros” o “buenas mujeres”. (*N. del T.*)

en “la Medicina”, “ciencia” atribuida con mucho retraso a los hombres en la historia de la humanidad.

VALOR SOCIAL DE LOS CUIDADOS DE LAS MUJERES

El valor social de los cuidados aplicados por mujeres está unido directamente a las mujeres en sí, lo que hacen está determinado por lo que son, lo que han vivido, lo que han sido capaces de vivir.

*Ser reconocida por la experiencia basada en su propio cuerpo
y asumida a lo largo de su vida*

El reconocimiento del valor social de los cuidados proporcionados por mujeres se basa en la fama de su experiencia, *experiencia interiorizada y vivida en su propio cuerpo*, de ahí el nombre de “matrona” la que se ha hecho madre al dar a luz y que a continuación será reconocida para ayudar a otras mujeres a hacerlo, iniciándoles a cuidar a los niños. De hecho, solamente la maña,* es decir, la “abuela” puede convertirse en “mujer ayudante” o puede ser designada como “Saga”, la “Comadrona”, puesto que “hay que haber pasado por ello, haber tenido niños, haber realizado su ciclo biológico al completo. En consecuencia, ni las solteronas ni las mujeres estériles podrán adquirir esta función”.¹⁹ Por eso, los cuidados no sólo representan un conjunto de respuestas a necesidades vitales imprescindibles para la supervivencia, sino que al ser transmitidos por el cuerpo de las que los proporcionan *expresan una forma de relación con el mundo*. Al contribuir a mover y perpetuar el flujo de vida, requieren a la vez un conocimiento interior de lo vivido y la confianza en la *invulnerabilidad*, por lo que es necesario haber traspasado el umbral biológico de la menopausia, ya que el cuerpo se ha estabilizado sin más sumisiones a la influencia del flujo menstrual ni a la alternancia entre embarazo y lactancia. La “suegra” y la “abuela” al franquear el umbral biológico de la menopausia, adquieren un estatus social reconocido para iniciar a las futuras madres en las aplicaciones de cuidados. Entre ellas, se detectará a su vez a la “anciana” o la “comadrona”, que tendrá un estatus reconocido por el conjunto de la comunidad.

Por tanto, sólo serán reconocidas socialmente para iniciar en los cuidados y aportar su ayuda de “mujer-que-auxilia” las mujeres que tienen un estatus de edad madura, haciendo así referencia a la experiencia de

*Maña: palabra griega para designar a la comadrona, refiriéndose a la diosa Maña, diosa de la fecundidad, de la energía vital.

toda una vida que ha llegado a un punto de estabilidad como después se constatará. Con la llegada de las religiosas, la aplicación de cuidados se separará de un conocimiento vivido del cuerpo, y mujeres que no han dado a luz podrán cuidar. La edad ya no será una obligación social ya que la realización del recorrido biológico de todas las fases de la fecundidad habrá perdido su razón de ser. Así, será progresivamente posible poder ser iniciado en los cuidados sin haber pasado por los ritos de paso que marcan toda la vida de la mujer, y en la era moderna de la profesionalización el descenso en la edad de formación será tal que se situará en el punto de entrada de la vida adulta, es decir, en los límites de toda experiencia social. Esto traerá consigo un cambio considerable en la forma de entender los cuidados, ya que será posible cuidar, es decir, ayudar a vivir, sin haber afrontado por sí misma las dificultades fundamentales de la vida o solamente empezado a encararlas.

Ser capaz de prevenir y atajar el mal

Alrededor de los cuidados habituales y del descubrimiento de las múltiples posibilidades del uso de las plantas, se organiza todo un saber, se desarrollan toda clase de ritos que intentan asegurar la conciliación de los elementos indispensables para la vida como el agua, las fuentes, intentando también prevenir el mal y alejar la mala suerte. “Teníamos así costumbre de decir que la prevención no existía en otro tiempo y, más en particular, que las precauciones antes del nacimiento eran ignoradas y desatendidas por las futuras madres. Veremos al contrario que son extremadamente numerosas, así como profundamente diferentes, de lo que se denomina prevención en los manuales médicos. El niño en el seno de su madre era objeto de múltiples precauciones. Con frecuencia, se tomaron a broma estas ‘supersticiones’ sin intentar comprender su profunda coherencia.”²⁰ Asimismo, alrededor de la práctica de cuidados habituales, se fueron modelando poco a poco unos cuidados curativos, es decir, unos cuidados que tenían por objeto tranquilizar, aliviar, calmar y, si es posible, mitigar el mal y hacerlo “desaparecer”. *No había separación entre lo que hoy día llamamos cuidados preventivos y curativos*, todos se esforzaban en contribuir a asegurar el mantenimiento de la vida, *con* respecto a todo lo que puede influir en su futuro.

Al dominar los cuidados corporales relacionados *con* los dos grandes acontecimientos más importantes de la vida: el nacimiento y la muerte, y al conocer las virtudes profilácticas y curativas de las plantas, las mujeres se convirtieron en “el único médico del pueblo” [...], los emperadores, los reyes, los papas y los más ricos barones tenían médicos de Salerno, moros

o judíos, pero el conjunto de todo el Estado, y podría decirse que del mundo, sólo consultaba a la Saga o a la Comadrona".²¹

Gracias a su infatigable observación y a toda su investigación (puesta en duda con frecuencia al ser tachada de "no científica", pero ¿qué *es* la ciencia sino el arte de descubrir, comprender y saber utilizar?) la formidable acumulación de su saber les confiere un poder cada vez más considerable sobre el destino y sobre la vida de la gente, poder que será percibido como una verdadera amenaza al poder espiritual y temporal de la Iglesia y a los que detentan la medicina, "los eruditos". También se verá cada vez más reprimido para acabar con su total desmantelamiento con la caza de brujas realizada despiadadamente por las Iglesias tanto católica como protestante, alentadas por el apoyo de los tribunales seculares durante casi cuatro siglos.

Concientizarse del valor social de los cuidados identificados con la mujer sanadora, es comprender el significado simbólico que ha guiado las prácticas de las mujeres durante milenios: *cuidar es conciliar las fuerzas que generan vida donde el cuerpo es el lugar de encuentro y de expresión*. Los cuidados se dirigen al cuerpo en su totalidad, ya que no sabría estar separado del espíritu, enlazado a todo el universo y se comunican por el cuerpo de las que cuidan. *Cuidar es ayudar a vivir aprendiendo a conciliar las fuerzas diversificadas, aparentemente opuestas pero de hecho complementarias. Los cuidados son fuente de placer, de satisfacción y expresión de una relación, los cuidados apaciguan, calman, alivian, dispersan los tormentos intentando evitar el sufrimiento*. Pero fijándose esencialmente en el cuerpo en sufrimiento, serán las imágenes de sosiego y alivio que permanecerán predominantemente, las de la mujer sanadora y las [mujeres] consagradas. Son estas mismas imágenes las que quedarán vinculadas al personaje de la enfermera, pero estarán casi totalmente disociadas de su contenido simbólico, de su forma de expresión, rompiendo con todo lo vivido por el cuerpo de la mujer así como con el inmenso patrimonio de conocimiento sobre el que se basan los cuidados de las mujeres.

VALOR ECONÓMICO DE LOS CUIDADOS DE LAS MUJERES

El valor económico de los cuidados estaba relacionado con el conjunto de una vida económica basada en la economía de subsistencia. Se asimilaban a un acto de vida de naturaleza indispensable, inscrito en un sistema de cambios y de reciprocidad. Tenían un valor de uso, es decir, un valor de intercambio de servicio. Hasta nuestros días, dentro de la sociedad occidental "la mujer que ayuda no está remunerada con dinero, no puede estarlo, siempre se le paga en especias. Su trabajo es considerado como un

servicio, como una ayuda que no puede ser prestada más que de dos formas, o como servicio [...] o bien como pequeños regalos”.²² Los cuidados intervienen en un intercambio donde el servicio prestado conlleva otro servicio a cambio, permitiendo así que cada cual se beneficie de ventajas recíprocas y que se encuentre libre, que es todo lo contrario de una obra de beneficencia: el concepto de ayuda implica reciprocidad y solidaridad, pudiendo cada cual tener a su vez necesidad del otro. No se establece, pues, sentimiento de dependencia. Esto ocurre todavía en las comunidades rurales de Asia y África.

Los cuidados proporcionados por las mujeres, al permanecer ligados a las actividades de la mujer como la preparación de la comida, la educación de los niños o las tareas domésticas, mantendrán hasta nuestros días una connotación de valor de uso, perdiendo su reciprocidad y su inserción en un sistema de cambio. Los cuidados proporcionados por mujeres, al separarse del sistema de economía mixta donde hombres y mujeres participan de las actividades fundamentales necesarias para la supervivencia, serán considerados cada vez más como evidentes, como si fuesen innatos al estar asociados al amor material que parece inscrito en el patrimonio genético de la mujer. Además, como el amor materno del que supuestamente han tomado su motivación y su energía, su generosidad, su abnegación y sus cualidades femeninas. El impacto de este pasado cultural roto por la pérdida del reconocimiento de un valor de paridad en la división sexual del trabajo, así como la influencia de los valores religiosos transmitidos desde la Edad Media son, como se podrá comprobar, los que deben dar cuenta de la lenta, pero cierta, devaluación económica del conjunto de los cuidados proporcionados por mujeres.

NOTAS

1. Delumeau J., *La Peur en Occident*, Paris, Fayard, 1977.
2. Carrières, *Les Infirmières*, Paris, Hachette, 1958, pp. 10-11.
3. *Ibid.*, p. 11.
4. Ehrenreich B., English D., “Sorcières, Sages-femmes, Infirmières”, *Les Temps Modernes*, avril 1978, p. 1645.
5. Loux F., *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, Paris, Flammarion, 1978, p. 24.
6. Verdier Y., *Façons de dire, façons de faire*, Paris, Gallimard, 1980, p. 56.
7. “Hommes, parfums et dieux”, *Le courrier du Musée de l'Homme*, no 6, novembre 1980, p. 3.
8. *Ibid.*, p. 5.
9. Bergman I., *Cris et Chuchotement*, 1973.
10. Verdier Y., *op. cit.*, p. 121.
11. *Ibid.*, pp. 106 y 142.

12. Delumeau J., *op. cit.*, p. 307.
13. Leakey R., *op. cit.*, p. 148.
14. *Ibid.*, p. 174.
15. *Ibid.*, p. 172.
16. Michelet J., *La Sorcière*, Paris, Garnier, Flammarion, p. 108.
17. Ehrenreich B., English D., *Sorcières, Sages-femmes, Infirmières*, Québec, Editions du Remue Ménage, 1976.
18. Leakey R., *op. cit.*, pp. 148-177.
19. Verdier Y., *op. cit.*, p. 150.
20. Loux F., *op. cit.*, p. 38
21. Michelet J., *op. cit.*, p. 33.
22. Verdier Y., *op. cit.*, pp. 99-100.

Identificación de la práctica de los cuidados en la [mujer] consagrada

Las Hermanas trabajarán todos los días para alejar sus corazones de las inclinaciones hacia los bienes terrenales y poder consagrarse a Dios de la mejor manera posible; su único tesoro debe ser Jesucristo, nacido pobre por amor hacia nosotros, e intentarán seguirle en la pobreza.¹

Condena de los cultos paganos

Todos los cuidados realizados por mujeres en torno al cuerpo y a la alimentación no pueden separarse por sí mismos de un conjunto de símbolos y prácticas rituales basados en los ritos impuestos por los ciclos naturales que dan lugar a la aparición de los cultos, las ceremonias y las fiestas, y garantizan los vínculos entre el hombre y el universo.

Al estar marcados por el movimiento de los astros, de las estaciones, de la vida de la savia y de los grandes momentos de la vida doméstica, los ritos del mundo rural antiguo son la manifestación de una religión neutral politeísta que la sagacidad griega sólo había modificado ligeramente. Cuando el cristianismo se declaró religión de Estado, “los dioses antiguos fueron poco a poco pareciéndose a demonios, su liturgia a la de la magia, su celebración a los sabbats. La antigua religión se refugia en el campo, sus adeptos se convertirán en paganos...”,² es decir, aquellos que practican el culto de los campesinos denominados “païans” en francés antiguo.

“Desde su origen, la Iglesia ha intentado hacerlos desaparecer por medio de sus predicadores y pontífices”.³ Desde el siglo V, sínodos, concilios y capitulaciones los desapruaban y condenan. “En el 443, el segundo sínodo de Arles decidió: un obispo no debe permitir que en su diócesis los no creyentes enciendan antorchas o bien que veneren a los árboles, fuentes o rocas. Si descuida la destrucción de estos hábitos, se vuelve, culpable de sacrilegio”.⁴ Sucesivamente, los concilios de Tours en el 567,

de Toledo en el 693, de Aix la Chapelle en el 789, de Rouen en el 878 y de Trèves en 1310, tendrán los mismos propósitos y declararán anatemas como “los que harán lo que hacen los paganos”.⁵ Las prescripciones son formales como la de san Eloy a principios del siglo vii: “No se reúnan en solsticio, que ninguno de ustedes baile ni salte alrededor del fuego, que no cante canciones el día de San Juan; estas canciones son diabólicas”.⁶

Los cuidados instaurados alrededor de la fecundidad que tratan de perpetuar la fertilidad, alrededor de seres humanos y de las fuentes de comida, contribuyen a hacer aparecer a la mujer como un vehículo de creencias y ritos paganos. No podríamos entonces extrañarnos que la Iglesia la denuncie por perpetuar la idolatría y haga de ella un agente de Satán como atestigua desde el siglo ix el canon Episcopi: “Hay que añadir que algunas mujeres perversas al volver a Satán y ser seducidas por las ilusiones y los fantasmas del demonio, creen y profesan que durante las noches que Diana, diosa pagana, y con una numerosa turba de mujeres montando animales, atraviesan espacios en la tranquilidad de la noche y obedecen sus órdenes como dueña absoluta. Algunas noches son llamadas a servirla. ¡Si todavía fueran las únicas que perecieran por su impiedad! ¡Si no llevaran a tanta gente a la muerte por la infidelidad! Pero una multitud innumerable, engañada por estos errores, se aparta de la fe verdadera y se hunde en los errores paganos al suponer que hay algún poder divino aparte del único Dios”.⁷

La mujer condenada

Si “el temor de la mujer no es un invento de los ascetas cristianos, es cierto que el cristianismo lo ha integrado muy al principio y después ha discutido este esperpento hasta los umbrales del siglo xx”.⁸

Desde el inicio del cristianismo, el pensamiento paulino marcado por la influencia del platonismo y por la relajación de las crueles costumbres de Corinto, “contrapone el alma al cuerpo, siendo el cuerpo la prisión del alma, el obstáculo en su caminar hacia lo divino”, “la verdadera realidad del hombre es, por tanto, su alma, no pudiendo ser el cuerpo y sus actividades más que objetos de desprecio, sobre todo las pasiones y los deseos que perturban la serenidad del espíritu”.⁹

Las numerosas crisis y desórdenes socioeconómicos que marcaron durante cerca de cuatro siglos el desmoronamiento del imperio greco-romano, y la casi diaria espera por parte de los cristianos del regreso de Cristo y de la llegada del Reino de Dios, alentaron esta concepción desarrollada más tarde por los Padres de la Iglesia. El elemento fundamental y predominante de su actitud se traduce en “el desprecio por todo lo carnal.

Pero el desprecio de la carne implica, el desprecio de la sexualidad y en una sociedad patriarcal estructurada por los hombres, *la mujer es el símbolo y el asiento de la sexualidad*).¹⁰ Así, exaltando la virginidad y la castidad, Tertuliano, Cipriano, Metodio, Atanasio, Basilio, Gregorio de Nysse, Juan Crisóstomo, Ambrosio y Jerónimo condenan a la mujer, símbolo de impureza y de fornicación hasta convertirse ella misma en pecado, al ser la encarnación misma de Satán:

“...Mujer, tú eres la puerta del diablo”, escribe Tertuliano dirigiéndose a la mujer,¹¹ mientras que san Agustín nos pone en guardia “contra el acto conyugal, que no debe realizarse más que con el fin de la procreación, que no se puede consentir más que con el dolor al dar vida a un niño”,¹² “símbolo de la fuerza del mal, ser imperfecto aplastado por el peso del pecado original”.¹³

Todo lo referente a los misterios de la naturaleza y la maternidad llegará a convertirse en objeto de auténtica aversión. Incluso la lactancia por la voluptuosidad que puede alcanzar, así como la ternura, culpable de debilitar al niño.¹⁴

Los obispos, abades, sacerdotes y clérigos, poseedores del pensamiento ilustrado, retomarán y difundirán las posturas de los Padres de la Iglesia. Erigidas en doctrina, estas posturas serán la base de unas líneas de conducta que regirán el matrimonio, dictarán los principios educativos y preconizarán de este modo nuevas costumbres de crianza y de cuidados.

De esta forma, poco a poco, desde el siglo V al XIII y bajo la influencia de una Iglesia impregnada por la doctrina agustiniana, comienza a afirmarse y más tarde a asentarse una nueva concepción de los cuidados, que deniega la interrelación cuerpo-espíritu, dándole supremacía al espíritu y relegando al cuerpo impuro, fuente de fornicación y maleficio. El cuerpo debe conocer el sufrimiento y el dolor para redimirse. Únicamente los cuerpos gloriosos son punto de atención y de deseo. “La Iglesia, enemiga declarada del empirismo, no reconocía ningún valor al mundo físico y despreciaba profundamente el campo de los sentidos.”¹⁵

Todo este desinterés hacia el cuerpo encarnado que llega hasta el desprecio pone radicalmente en entredicho los cuidados tradicionales basados en la unidad del cuerpo y el espíritu respecto al universo, mientras surge otro saber inspirado en la teología de los sacerdotes y los clérigos. La Iglesia se apropia del poder de discernir lo que es bueno o malo para el alma y para el cuerpo, decide los conocimientos que se deben utilizar para cuidar, y limita los hábitos de higiene.¹⁶

A partir de las fuentes de este nuevo saber espiritualista se desarrolla un “nuevo” cuerpo de conocimiento médico, en un principio completamente bajo los auspicios de la Iglesia, más tarde controlado por ella: “la enseñanza médica en la Edad Media no trae consigo ninguna idea susceptible de contradecir la doctrina de la Iglesia”.¹⁷

La práctica de esta nueva medicina seguirá siendo durante mucho tiempo exclusiva de los hombres de Iglesia: primero los monjes que vieron más tarde prohibida toda su actividad médica por decisión conciliar de 1130; después los sacerdotes y los clérigos sucedieron a los monjes-médicos y se convirtieron en el siglo XIII en los primeros estudiantes de escuelas y facultades de medicina (en Montpellier, Francia, en 1220).

En esta época la medicina europea se convierte en una ciencia enseñada ex cátedra y en una profesión, a condición, de que permanezca sometida a la Iglesia, que ejercía sobre ella un riguroso control regulando su desarrollo según los límites prescritos por el dogma cristiano. Los médicos, sometidos al celibato hasta 1452, no tenían derecho de ejercer sin la ayuda y el consejo de un sacerdote, ni de cuidar enfermos que rechazaban la confesión.¹⁸

El movimiento de profesionalización de los cuidados, inspirado directamente en la doctrina de la Iglesia en la que nace, se reafirma con la aparición de la profesión médica que relega con tesón todo el saber adquirido por las curanderas y proclama que toda “mujer que ose dispensar cuidados sin haber hecho estudios médicos”, es declarada “bruja y debe morir”.¹⁹

La entrada en Escuelas de Medicina estaba prohibida a las mujeres, incluidas las “miresses”, mujeres que en la alta Edad Media ejercían oficialmente en las ciudades una medicina reconocida hasta el siglo XIV.²⁰ A finales del siglo XIX, la situación había cambiado poco, como relata Anna Hamilton, que terminó sus estudios en la facultad de medicina de Montpellier en 1900: “Mi presencia extrañó a todo el mundo, estudiantes y médicos. Yo era la única estudiante, y cada uno exponía sus ideas sobre la mujer médico. Uno de los mejores internos hizo en el anfiteatro su profesión de fe con los siguientes términos: “una mujer médico ya no es una mujer, ahora bien, tampoco es un hombre, por lo tanto no es nada de nada”.²¹

Se incita a una lucha de influencias religiosas y políticas con la idea de hacer desaparecer el poder de los adivinos, brujos, hechiceros y curanderas marginándolos y después condenándolos. Las mujeres, principales poseedoras del patrimonio de conocimiento de los cuidados corporales y de utilización de las plantas, se convierten en el blanco prioritario de los ataques y la represión de la Iglesia, y más tarde también de los tribuna-

les seculares por la gran amenaza que representaban para el poder temporal y religioso:

—La amenaza de *ser mujer*, es decir, de ser impura, de ser fuente de pecado: “La Edad Media consideraba la carne y su representante (maldito después de Eva), la Mujer, como impura”.²²

—La amenaza de *haber adquirido un conocimiento vivido del cuerpo* debido a acontecimientos relacionados con su propio cuerpo, maternidad y nacimiento; y debido a todo aquello que les llevará a ocuparse de los cuidados para la conservación de la vida a cuyo alrededor desarrollarán un inmenso campo de conocimientos sobre la práctica de cuidados. Pero, mientras que la concepción predominante de los cuidados transmitida por las prácticas tradicionales, se basaba en la no separación del cuerpo y el espíritu y en la inserción del hombre en el universo —“en el universo todo está relacionado y el cuerpo del hombre sólo tiene sentido con relación a este universo”—²³ la teología de la Edad Media proclamaba la nobleza del espíritu y la bajeza del cuerpo. El cuerpo, en sí mismo, está dividido en zonas nobles y zonas viles: todo lo que atañe a la digestión y al sexo —“el vientre”— es lugar y fuente de impurezas, de pecado y está relacionado con el diablo.²⁴ Y a pesar de la audacia de las brujas que proferían “nada es impuro, nada es inmundado [...]”,²⁵ la propia mujer había terminado por compartir el odioso prejuicio de creerse inmundada. Se escondía para parir. Se ruborizaba al amar y al dar felicidad [...], pedía casi perdón por ser, por vivir, por cumplir con las condiciones de vida”.²⁶

—La amenaza de tener *un poder sobre la vida y la muerte* al igual que Dios. “La bruja, igual que Dios, está en la intersección entre la vida y la muerte. Puede curar. Puede matar.”²⁷ Como fuente de explicación mágica de la vida, de la muerte y de la enfermedad, la bruja sigue escapándose de los sacerdotes cuya influencia no ha entrado en el medio rural, que representa 90% de la población; ella participa en esto dominando al sagrado omnipresente. “La brujería popular, es decir, la creencia en la magia del mundo y el contacto cotidiano con lo sobrenatural, sigue estando particularmente viva en el campo.”²⁸

—La amenaza de poseer mucho antes que los monjes el conocimiento empírico del poder terapéutico de las plantas y, sobre todo, de tener la posibilidad de usar constantemente estos conocimientos para tener la responsabilidad cotidiana de los cuidados alimentarios, que les llevarán a mantener y desarrollar una sabiduría muy precisa ligada a los ciclos lunares y a las estaciones.

En resumen, “las mujeres expertas en medicina eran las que se ocupaban de cuidar a la gente. Siendo la mayoría de origen campesino, tenía

a su disposición mil remedios utilizados durante años a base de hierbas de propiedades curativas que todavía se encuentran entre los medicamentos modernos. Durante siglos el único médico del pueblo fue la bruja. Pero cuanta más experiencia adquirían estas mujeres menos dependían de la Iglesia... y de Dios. Sus cuidados, incluso los que resultaban eficaces, eran considerados como una interferencia maldita en el plan de Dios, puesto que, según la moral oficial, sólo podían provenir de la intervención del demonio”,²⁹ tal como decidió en 1484 el gran inquisidor dominico Jacob Sprenger en el *Malleus Maleficarum* (El martillo de las brujas).

Por todos estos ataques al orden establecido, “las élites culturales y sociales decidieron la erradicación de todas las supersticiones campesinas, denominando en lo sucesivo demoníaco a todo aquello que tenía para los aldeanos una concepción mágica y animista de la existencia, señalando un chivo expiatorio: la bruja, servidora del diablo”.³⁰

Desde finales del siglo xiv hasta principios del xviii, en la mayor parte de Europa occidental se dispusieron los instrumentos y todas las indicaciones propicias para la caza de brujas.

“Son identificadas como brujería y calificadas de pecado mortal incluso las fórmulas de curación y adivinación que se acompañan de la declaración de salmos o de invocaciones a Dios, dicho de otro modo, toda conducta tendente, a provocar resultados extraordinarios sin la aprobación de la Iglesia ni de la medicina oficial”.³¹ Adivinos, brujos y hechiceros fueron merecedores de las mismas persecuciones por utilizar un poder mágico, pecado comparable a la herejía y al ateísmo; pero las mujeres, por las razones anteriormente citadas, pagaron más de 80% del pesado tributo de la caza de brujas. Entre ellas, la mayoría estaba constituida por “mujeres mayores” con más de cincuenta años, casi todas viudas. Permaneciendo como un lazo simbólico entre la vida y la muerte, ellas encarnan a la vez el tema del diablo y de la sexualidad prohibida. “El ensañamiento de los cazadores de brujas contra las mujeres mayores se debe al deseo de exterminar a aquellas que son depósito privilegiado de creencias populares. Son consideradas por las élites culturales y sociales como reliquias anacrónicas de un tiempo pagano, como frenos a la difusión de la ortodoxia y de la nueva moral, como competidoras de los sacerdotes y de todos aquellos que intentan modificar la cultura popular tradicional.”³²

Cerca de cuatro siglos de represión sin piedad, con apogeo en los siglos xvi y xvii, vencieron aparentemente a la “lepra demoníaca”. La amenaza de la supervivencia del culto a la fertilidad y de una cultura popular relacionada con el universo, parecía haber cedido a la infiltración de una ideología transmitida por la Iglesia y apoyada por el arma judicial del

poder laico. La brujería popular, es decir, la que domina el conocimiento de un conjunto de prácticas rituales heredadas de los paganos, no estaba, por tanto muerta, tampoco lo estaban los cuidados nacidos de experiencias seculares adquiridas por mujeres que, a pesar de la condenación y de la difamación en que incurrieron, continuaron comunicándose de manera oculta y subterránea. De hecho, estas prácticas han sido utilizadas hasta nuestros días en el medio rural que desconocía a los médicos. Así ocurrió con los partos y los cuidados de los recién nacidos que quedaron como “dominio reservado a las mujeres, ya que a pesar del progreso de la obstetricia teórica” los cuidados de las parturientas eran evitados masivamente por los médicos que siempre excluyeron a las comadronas de las escuelas de medicina y cuya “gestión consistió más bien en convertir a las matronas en comadronas instruidas médicamente”.³³ Así ocurrió con la farmacopea vegetal, como confirman varias colecciones de plantas medicinales locales que, como su propio nombre indica, recogieron lo que “sabían nuestras abuelas”,³⁴ o como todavía muestran testimonios de personas de edad de nuestros días que tienen en cuenta esta realidad: “Mamá recogía en el campo sin cesar briznas de hierba, eran plantas que sólo ella conocía. Las metía en saquitos. Y cuando teníamos algún achaque, nos hacía infusiones con ellas y enseguida nos sentíamos mejor. Gripe, toses y cólicos se curaban con los saquitos de tela. Mi madre decía que sólo había una enfermedad que no podía aliviar con sus plantas, el hambre”.³⁵

Gracias al medio rural, estas mismas prácticas reaparecerán y originarán todo tipo de “nuevas” corrientes que intentan conocer la salud y la enfermedad. Esta reaparición se ha servido de vías muy complejas, y aunque algunos cuidados hayan podido ser tachados de rituales ficticios, como los heredados de las prácticas religiosas impuestas, no es menos cierto que esta inmensa herencia cultural sigue siendo una inagotable fuente de saber que está por volverse a descubrir, a cuestionar, a movilizar, a utilizar, ilustrada por la aportación de las distintas fuentes de conocimiento actuales.

Una nueva mujer: la [mujer] consagrada

UN ACTO DE LIBERACIÓN SOCIAL

Desde la aparición de las primeras comunidades cristianas, las mujeres van a mantener una posición importante que presidirá, en parte, la consolidación del destino del cristianismo durante los cuatro primeros siglos de su historia, hasta el punto de llegar a definirse en esta época como “la religión de los esclavos y de las mujeres”.

Al no tener ningún derecho reconocido por el derecho romano, las hijas son más susceptibles que los hijos a someterse al poder paterno, que hasta el año 390 mantuvo el derecho sobre la vida y la muerte de sus hijos. En el caso de las mujeres, escapar al matrimonio se convertía por tanto en la afirmación de una emancipación filial y conyugal, hoy diríamos que también un acto político, como demostraron diversas mártires como Agnes, Cecilia, Lucía, Catalina y otras que al morir por el Dios de los cristianos defendían al mismo tiempo una justicia social. La elección de la virginidad entre los primeros cristianos, que concernía tanto a las mujeres como a los hombres, quería estipular el valor de la persona en sí, frente a la pareja.³⁶

Al no tener la carga de un hogar, las vírgenes, junto con las viudas, van a dedicar su tiempo a los pobres y a los desamparados, lo que poco a poco se convertirá en una verdadera función social, la del diaconato, ejercida en el medio urbano. Reagrupadas con frecuencia en pequeñas comunidades alrededor de aquellos que se convertirán en los primeros Padres de la Iglesia —Jerónimo, Cipriano, Basilio— comprometerán de por vida su virginidad por el voto de castidad, convirtiéndose en “vírgenes consagradas” que dedicarán su vida a Dios entregándose a sus obras.

UN ACTO DE RENUNCIA

La virginidad consagrada marca un giro decisivo en la orientación de la vida eclesiástica y viene a valorar este estado como la elección suprema de la vida y a reducir el matrimonio a un mal necesario para asegurar la procreación, y a partir de aquí a despreciar y luego a condenar la sexualidad y todo aquello que puede marcarla en la expresión del cuerpo, tal y como manifiesta en el 250 la siguiente exhortación de Cipriano de Cartago a las vírgenes consagradas:

“Ahora, me dirijo a las vírgenes consagradas. *Siendo muy grande su gloria*, más grande debe ser el sujeto de su desvelo. La virginidad: flor del árbol eclesiástico, imagen de Dios que refleja la santidad del Señor, es la más ilustre parte del rebaño de Cristo.”³⁷ Todas las estatuas de la Edad Media inmortalizarán, en piedra “esta ilustre parte del rebaño” situada a la derecha de Cristo en el juicio final.

Cipriano prosigue: “Si la castidad camina detrás de Cristo, si la virginidad está destinada al reino de Dios, ¿qué tienen que ver las vírgenes con el aseo y los adornos?” El vestido ya no puede singularizar a la persona y contribuir a marcar su identidad como dice Cesáreo al redactar las reglas del primer monasterio de mujeres implantado en la Galia en el 513: “Todas llevarán hábitos iguales, blancos, fabricados por la comunidad y desprovistos de ornamentos”.³⁸

Contrariamente al objetivo inicial que persigue la elección de la virginidad: ser reconocido y afirmarse como persona, nos encaminamos hacia la alienación de la persona por su sumisión a Dios, y a su representante directo: obispo, sacerdote, abad... “Lo importante es la voluntad de renuncia, de abandono de sí”,³⁹ como recomienda Cesáreo a las monjas de Arles. Estas incitaciones no habrán sino de afirmarse y reforzarse con el tiempo, como lo demuestra la correspondencia de Yves de Chartres a las monjas de Saint-Avit en 1091-1092. Después de recordar que las vírgenes al contrario que los esposos o los continentes, al no tener que lamentar ninguna corrupción de la carne, pueden esperar aún más la gloria sublime, el obispo sigue así:

“Por tanto, en primer lugar, lo adecuado para una virgen de Cristo es tener un corazón humilde, un rostro pálido y ajado por la delgadez, una piel seca por el cilicio y sin cuidar con baños frecuentes, es ser reservada cuando hay que hablar, obediente cuando hay que escuchar, frugal en el comer, sobria en el beber, pesada al caminar, tosca en el vestido, y la no prodigalidad que mantiene la debilidad del alma y sirve de indicador: en todo esto no hace falta en absoluto consultar la sensualidad, sino la necesidad. En efecto, del mismo modo que una casa honesta se conoce desde el vestíbulo, igualmente el estado de un alma religiosa se descubre por sus signos externos y por medio de ellos, el alma hace todos los días progresos para su propio desprecio. Cuanto más vil es uno a sus ojos, tanto más elevado lo es a los ojos del Creador.”⁴⁰

Aquí se pueden distinguir todos los elementos de una línea de conducta que anima a la devaluación de la persona por el rechazo del cuerpo, fuente de impureza, y por la sumisión del espíritu. Con excepción de algunos principios de higiene, que fueron modificados muy tardíamente entre las religiosas, podemos encontrar las principales orientaciones de este mensaje transportadas con un lenguaje actualizado, en un gran número de temas de la moral tradicional enseñada asiduamente a las enfermeras hasta hace algunas décadas, al tomar los médicos el relevo de los obispos y las directoras de escuela el de sus superiores.

En esta misma carta, Yves de Chartres anima a las monjas de Saint-Avit a tener constantemente cualquier tipo de actividad: “es necesario también que estén siempre dedicadas a la oración, o a la lectura, o a las labores, para que el diablo las encuentre ocupadas y que sus espíritus no se expongan a pensamientos malos y vagabundos”).⁴¹ La ociosidad, el reposo y el descanso generan pecado. El estímulo a la actividad perma-

nente hará que las religiosas apostólicas constituyan una fuerza de trabajo absolutamente irremplazable, que los distintos poderes políticos estarán interesados en restablecer después de la Revolución (decreto Chaptal del 22 de diciembre de 1800) y en preservar: ésta será una de las razones principales del nuevo desarrollo y de la espectacular multiplicación de las congregaciones religiosas en el siglo xix.⁴²

Las relaciones con los hombres están igualmente ordenadas, revisten una naturaleza distinta según se den con superiores o con indigentes, siendo de sumisión hacia los primeros y de ayuda hacia los segundos, simbolizando los dos rostros de Cristo: Hijo de Dios, Maestro y Señor, o Cordero inmolado *por* el pecado del mundo. “Del mismo *modo*”, escribe Yves de Chartres, “las demás santas mujeres que quisieron agradar a Dios por su vida en santidad, evitaron siempre la conversación con los hombres, exceptuando, *no* obstante, a aquellos que su caridad les aconsejaba ayudar por todos sus medios en su necesidad, o aquellos de los que recibían la gracia de las santas exhortaciones”.⁴³

EN RELACIÓN A LA CLAUSURA

La incitación a tanta prudencia y esta amenaza permanente de mantener sea como sea la pureza, la virtud de la virginidad, acentuaron el distanciamiento y después la ruptura con el mundo exterior, preludio del enclaustramiento definitivo. Yves de Chartres señala a las monjas “la cerca de su monasterio está hecha para que no reciban a aquellos que aman el mundo en la fortaleza de las que huyen de él, para dificultar que salgan en público y para que no permitan que la vista corporal del mundo someta también su cuerpo a la corrupción al sacar de ustedes imaginaciones vergonzosas y destruyendo en su interior la virginidad”.⁴⁴ Si bien, no se imaginaba el anuncio a dos siglos de distancia de *la decretal Le Periculoso* proclamada en 1298 por Bonifacio VIII, que obliga a la clausura perpetua a “todas y cada una de las monjas, las presentes y las que están por llegar, sean de la orden que sean, se encuentren en la parte del mundo en que se encuentren”.⁴⁵

Estas orientaciones y esta evolución que sacraliza a la [mujer] consagrada cuya figura suprema es la Virgen María, Nueva Eva, que sustituye a la del pecado y también a las divinidades femeninas de los cultos paganos, influirán en el futuro de las mujeres. Las religiosas que detentan a la vez al monopolio de la enseñanza de las niñas y desde los siglos xv y xvi, recobran una influencia decisiva en el futuro de los cuidados ejercidos por mujeres.

MUJERES CONSAGRADAS Y FUNCIÓN CURATIVA

Con la consolidación monástica organizada sobre todo alrededor de la vida de oración y de lectura, “fueron desapareciendo progresivamente las diaconisas que del siglo vi al xvi no tuvieron sucesoras”.⁴⁶ Las múltiples invasiones, las peregrinaciones y las cruzadas hacen surgir las grandes órdenes hospitalarias militares, casi todas ellas inspiradas en el hospital-hospicio para enfermos y peregrinos fundado en Jerusalén bajo el patrocinio de san Juan en el 1070.⁴⁷ Por otra parte, al seguir siendo la población esencialmente rural y al haber conservado sus propias prácticas curativas, las [mujeres] consagradas podían ejercer algunas actividades curativas en las casas de Dios o en los hospitales, sin administrarlos, pero sobre todo estaban entregadas a la educación de las niñas cuyo monopolio mantuvieron⁴⁸ hasta la llegada de la laicización,⁴⁹ influyendo de forma determinante en las conductas y comportamientos sociales de las mujeres. De hecho, “la actividad hospitalaria era una actividad adjunta a la vida conventual”.⁵⁰

A finales del siglo xi nacieron algunas agrupaciones de mujeres, como las beguinas, que sin pronunciar votos formaban pequeñas comunidades en cierta medida análogas al espíritu de los primeros diaconatos, y prodigaban sus servicios entre los humildes y los pobres.

Las agustinas del Hospital de París, fundadas en el siglo xiii, fueron el modelo de las congregaciones hospitalarias; sus reglas, completamente inspiradas en la doctrina agustiniana, influirán en la concepción de su práctica curativa.

Sin embargo, es verdaderamente con la Contrarreforma que se multiplicó el número de congregaciones y asociaciones civiles de espíritu religioso como las Hospitalarias de Lyon (1504). Pero la obligación a la clausura hacía imposibles los cuidados a domicilio a los enfermos; por eso, en 1610, Francisco de Sales intenta fundar una congregación religiosa no enclaustrada, las salesas (denominación que se asemeja a las de las enfermeras visitadoras...),* pero “perdió el combate y las salesas también fueron encerradas tras las rejas nueve años después de su fundación”.⁵¹ Fue entonces, en 1633, cuando Vicente de Paúl decidió que sus hijas no serían religiosas y “no emitirían profesión solemne alguna, sino votos simples, privados y anuales”.⁵² Escapando las obligaciones de la clausura, las Hijas de la caridad iniciaron una vida religiosa muy diferente de la inspirada en el modelo monástico. Al nacer entre el “pueblo humilde” que conocen a la perfección, y ser libres para desplazarse, ellas garan-

*“Salesas” equivale en francés a “visitadines”, de ahí la comparación de la autora entre “visitadines” y “visitadoras”. (*N. del T.*)

tizarán, a la sombra de las parroquias, actividades polivalentes docentes, sanadoras y casi podría decirse por emplear un lenguaje actual que de animadora cultural. Fueron ellas y después de ellas otras órdenes creadas a su imagen como las Hijas de la Cruz de Puy, 1672, las Hermanas de Saint-Paul de Chartres, 1695 y las Hijas de la sabiduría, 1715, las que implantaron en los barrios pobres el dispensario-escuela-obrador, y quienes entraron en el medio rural de tal forma que se convirtieron en todas partes en figura local de referencia y de consejo. Así, en el siglo XVIII, mientras los filósofos hacían tambalear los fundamentos de los principios de la moral y de la religión, y mientras simultáneamente se apagaban los últimos alborotos de la caza de brujas, la doctrina cristiana entraba en el medio rural y en los barrios populares por las [mujeres] consagradas no sometidas a la clausura. Su pertenencia al medio popular hace que les sean familiares las costumbres de este medio que ellas intentan conciliar con los imperativos de la doctrina. Adquiriendo credibilidad desarrollarán una red de influencia tal que casi no se alterará con la Revolución, contrariamente a lo ocurrido con las congregaciones de clausura, que ejercerán su actividad apostólica únicamente en los hospitales, que por otra parte, en este momento pasan por una situación deplorable.

Después de la Revolución, la rehabilitación de las congregaciones y de las asociaciones religiosas tuvo lugar desde el principio del siglo XIX (decreto Chaptal, 22 de diciembre de 1800). La función sanadora será la expresión de las dos formas de vida religiosa del siglo XVIII: la de la vida monástica enclaustrada y la de una vida religiosa secularizada, cuyo modelo son las Hijas de la caridad.

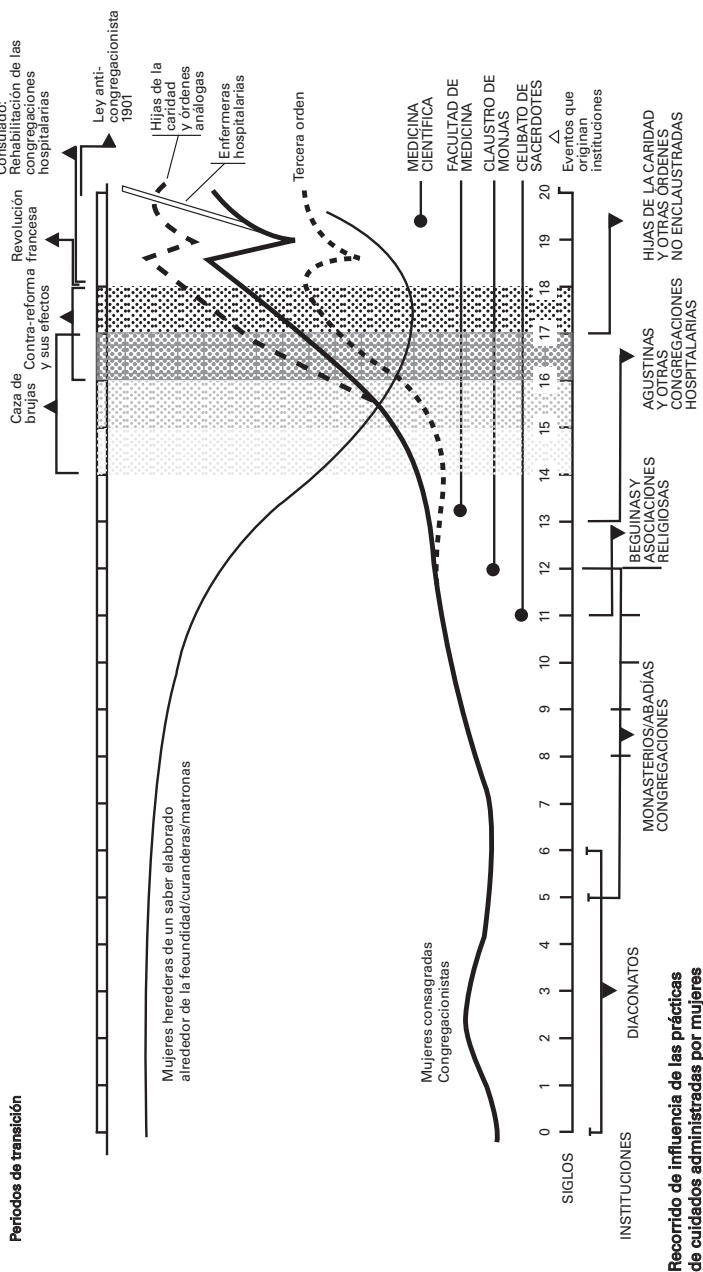
Es importante constatar que durante el siglo XIX, las religiosas que cuidaban representaban sólo una porción minoritaria de las mismas; la función educadora era muy predominante (ésta es la orientación monástica adoptada desde el siglo VI): en 1860, de 100 religiosas, 65 se consagraron a la enseñanza y 35 a la atención hospitalaria y los cuidados a domicilio.⁵³ Las congregaciones de inspiración directamente monástica, al volver a la clausura, reintegraron los grandes hospitales en los que estaban implantados. Serán estas mismas congregaciones las que se verán de nuevo afectadas por la prohibición de las leyes anticlericales de 1901-1904, al menos los hospitales de la Asistencia pública de París y algunas grandes ciudades como Marsella. Pero, de hecho, tanto la ausencia de personal laico en los hospitales y hospicios de las provincias como su formación tardía dejaron a la religiosa hospitalaria la gestión y la vigilancia de la mayoría de los servicios hospitalarios hasta después de la

Segunda Guerra Mundial —hacia los años 1950-1955—, periodo en que, por otra parte, se crea la primera Escuela de Cuadros de París (1950).

Por el contrario, las “Hermanas de la caridad”, al consolidar su lugar en el seno de la población, no se inquietarán por las leyes anticlericales del siglo xix. Como figuras legendarias, pueden dedicarse a sus ocupaciones sin críticas y sin vigilancia.⁵⁴ Aunque en algunas ciudades ejerzan una función hospitalaria (Angers, Montpellier...) permanecen mayoritariamente en los barrios pobres y dividen en zonas los campos donde realizan preparaciones medicinales en numerosos pueblos, retrasando así el establecimiento de los farmacéuticos. Tachadas de oscurantismo, son ellas, las que por lo tanto “introducen la medicina y las farmacias, encubiertas por el palio de la caridad, entre poblaciones que rechazaban a veces estas “ciencias”.⁵⁵ De hecho, ellas son las grandes proveedoras de cuidados a domicilio hasta la aparición de las primeras enfermeras liberales en el decenio de 1950. A pesar de la evolución socioeconómica y del ascenso de la clase media, siguen ocupándose de una clientela indigente y desfavorecida, así su visión religiosa tradicional obstaculiza el desarrollo de un servicio de cuidados a domicilio que interesa a todas las clases sociales. Por el contrario, en la década de 1970 fueron ellas las que dieron el primer impulso a los centros de cuidados⁵⁶ que, en ciertos aspectos, no están muy distantes del concepto de vida comunitaria de los primeros diaconatos de las Iglesias primitivas.

Así, los cuidados elaborados alrededor de la fertilidad se identifican con la mujer de la que son expresión y símbolo, incluso hasta la progresiva entrada en la sociedad occidental del pensamiento cristiano que sacraliza a la [mujer] consagrada, que es aquella que no engendra en su cuerpo, pero que renunciando al mundo parirá espiritualmente.

La disminución de la influencia de unas será inversamente proporcional a la progresión de la influencia de otras, situándose el punto culminante de su intersección en la encrucijada de la caza de brujas (siglo xiv-finales del xvii) y la Contrarreforma con sus repercusiones (siglos xvi-xviii) (véase figura, página siguiente). Es entonces cuando las prácticas curativas conocidas por las curanderas entran en un mundo de silencio, incluso de clandestinidad hasta finales del siglo xx, mientras que las [mujeres] consagradas al amor de Dios, se convierten en modelo de referencia de la mujer cuidadora. A partir del siglo xviii, al no estar sólo emparentadas con el medio elitista o confinadas en los monasterios, se establecen en todos los lugares populares junto con las Hermanas de la caridad, mientras las congregantes marcan profundamente la



práctica de los cuidados en los hospitales, a pesar de las sacudidas de la Revolución. La llegada de la medicalización y las leyes anticlericales⁵⁷ anuncian el retroceso de la identificación de los cuidados en la [mujer] consagrada, contribuyendo esta última a construir y a alimentar otra imagen: la de la [mujer]-enfermera auxiliar del médico.

Forma de valoración social de la práctica de cuidados de las [mujeres] consagradas

Adoptando este modelo de identificación, la práctica de cuidados se basa esencialmente en los valores religiosos y morales que definen el papel y el lugar de la mujer en la sociedad, su sumisión a Dios, donde los representantes esenciales son los hombres, hombres de Iglesia, hombres del Arte.

Con el ascenso del modelo religioso como referencia para la aplicación de cuidados, asistimos a una conmoción de los valores tradicionales relacionados con el cuerpo transmitidos hasta ese momento; este cuerpo concreto, expresión de la totalidad del ser sexuado, es a la vez punto de placer y de desagrado, conocedor de la satisfacción y de la incomodidad, del bienestar y del dolor. La sabiduría popular⁵⁸ demostraba que nada era condenable en sí, que el arte de vivir consistía en ajustar la vida cotidiana al ritmo de las estaciones en armonía con las fuerzas cósmicas, así como saber usar todo con moderación y aprender a evitar los excesos; todo ello ha sido confirmado actualmente por los trabajos de Selye, Dubos y Laborit sobre la noción de los “umbrales” y del “estrés de la vida”.⁵⁹ Esto suponía un gran conocimiento de la naturaleza y haber aprendido a servir de ella dominándola.

Las concepciones que orientan los cuidados de las [mujeres] consagradas son radicalmente diferentes. El cuerpo encarnado es despreciable, fuente de corrupción, de fornicación y de pecado, empezando por el de uno mismo. “Durante mucho tiempo la religión cristiana en general y la vida religiosa en particular, miraron con desconfianza y desprecio al cuerpo y a todo lo que pudiera ser simplemente humano”, asegura con lucidez una benedictina del siglo xx.⁶⁰ Sólo es reconocido el cuerpo glorioso, símbolo de Cristo resucitado. A priori, este desprecio al cuerpo debería alejar los cuidados que no pueden ser mediatizados más que por el cuerpo carnal, el cuerpo sexuado. Los cuidados del cuerpo son, sin embargo, posibles pero sólo en un margen muy preciso: en principio porque son *el soporte de los cuidados espirituales*. “Se cuida a los enfermos, primero por caridad, pero también porque cuidando su cuerpo se puede ayudar a salvar su alma.”⁶¹ En el campo, “las religiosas van a llevarles simultánea-

mente apoyo al alma, ayuda pecuniaria y cuidados corporales”⁶² y “si la situación empeora, preparan al enfermo para una buena muerte”.⁶³

Apoyándose en el dualismo platónico, integrado por los Padres de la Iglesia, los cuidados ya no se dirigen al cuerpo concreto, global, expresión total de la persona, sino que se disocia el cuerpo del espíritu. Habrá, por tanto, cuidados espirituales que serán prioritarios y darán una razón de ser a los cuidados del cuerpo que serán de algún modo su soporte. Siendo la finalidad de los cuidados esencialmente espiritual, la aplicación de cuidados será de naturaleza diferente de los transmitidos por las mujeres que auxilian. Habrá un distanciamiento cada vez mayor con el cuerpo, el cuerpo de las que cuidan ya no será vehículo de los cuidados sino su alma, su caridad. El discurso y la exhortación sustituirán sobre todo a los cuidados concretos y prácticos, a aquellos que requieren un contacto directo con las manos, con el tacto. Estos últimos se delegarán en el personal subalterno para dejar de ser prestados progresivamente por las religiones, como constata Florence Nightingale durante su visita a los hospitales de París en 1852. Las prácticas de higiene en el más amplio sentido de la palabra, es decir, de todo aquello que es indispensable para el desarrollo de la vida del cuerpo (y, por tanto, del espíritu) serán abandonados cada vez más, si no proscritas; de esta forma se puede comprender la triste reputación de la higiene de los hospitales franceses. Por el contrario, los cuidados que se inspiran en el segundo septenario de las obras de misericordia “aconseja, corrige, enseña, consuela, perdona, soporta, reza”,⁶⁴ tendrán como soporte principal el verbo, la palabra. A medida que disminuye la parte de los cuidados realizados con las manos, con el sentido del tacto, aumenta el espacio del discurso, de las recomendaciones, de los consejos basados en los principales valores morales y religiosos. Con la llegada de nuevas tecnologías, el instrumento reemplazará la función de la palabra hasta el punto de sustituirla: “no hay tiempo de hablar con los enfermos”. Esto asegurará un distanciamiento entre el cuerpo del que cuida y del cuidado, y los cuidados habituales de conservación de la vida seguirán siendo minimizados, devaluados y confiados a un personal considerado como subalterno.

Un segundo aspecto de esta delimitación tan precisa es que los cuidados *no se dirigen más que a los cuerpos que sufren*, miserables y afectos de numerosos males. El cuerpo enfermo es digno de atención, ya que es la imagen de Cristo sufriendo en su pasión: “el sufrimiento y hasta la mortificación del cuerpo tienen un valor positivo para conseguir la salud del alma”.⁶⁵ Los cuidados se convierten, al realizarlos, en una compensación a una falta, a un peligro. Pierden su carácter atractivo, de placer, de bienestar, de satisfacción y de ahí su función de desarrollar y mantener la vida. Es necesario que exista una degradación física o social, una alteración,

una pérdida de integridad para que los cuidados se hagan necesarios, y entonces tomen sentido y utilidad centrándose en aquello que no está bien, en lo que hace daño. Al proponerse aliviar el sufrimiento, participan en la redención del mal, interpretada como la sanción al pecado. El sufrimiento es, por tanto, un mal necesario que los cuidados de las [mujeres] consagradas no se proponen evitar, como observa Jacques Léonard al “aclarar dos elementos poderosos de interpretación: la solidaridad vivida del catolicismo y la desgracia biológica por una parte y la convivencia patente de las mujeres y de las religiosas por otra”.⁶⁶

Al perder toda su dimensión atractiva y placentera y centrándose sobre todo en el mal, en lo que mata más que en lo que hace vivir, sólo hay que franquear un paso para que los cuidados se nieguen a aliviar el dolor: “Parirás con dolor...”, o para que se conviertan por sí mismos en generadores de sufrimiento de dolor, como ocurrirá con frecuencia con el desarrollo de pesadas tecnologías de investigación y tratamiento.

Un tercer aspecto que hay que señalar de este margen tan preciso es que *los cuidados de las [mujeres] consagradas están dirigidos a los pobres*, a los humildes, a los indigentes: “lo que se pretende es manifestar compasión al pobre necesitado y ayudarle a conseguir la salvación”.⁶⁷ Al ser la figura de Cristo, el pobre enfermo es el señor y propietario.⁶⁸ Pero es un señor despojado, un propietario sin bienes, sin ningún estatus social. No podría ser codiciado de ninguna manera, ni por su aspecto, su prestancia, su nivel social, ni por sus bienes. Esto supone una protección segura, una auténtica garantía para evitar toda codicia, pero también la imposibilidad, si no la incapacidad, de situarse en una relación de paridad y de poder hacer frente a diversas formas de relaciones sociales que exigen juicio y discernimiento. Así como los pobres a los que cuidan las [mujeres] consagradas serán todavía siervas humildes, dejando aparte “algunas mujeres de condición social elevada que se destacan como jefes de fila en los conventos, pero la gran mayoría forma parte de un proletariado de trabajadores de Dios”.⁶⁹ Amparadas por la oración, su línea de conducta se proyecta entre dos polos de un mismo eje obedecer → servir; la sumisión permite el servicio como señala Agustín: “Entre los humanos es natural que las mujeres sirvan a los hombres y los hijos a sus padres, porque es justo que el inferior sirva al superior”.⁷⁰ De hecho, los superiores son numerosos: eclesiásticos, médicos. “Deben obedecer a los médicos, no sólo en lo que atañe a sus pobres enfermos, sino también en lo que les concierne”,⁷¹ como exige Vicente de Paúl. Finalmente, el enfermo es un maestro por sí mismo, pero un maestro desheredado. Sobre esta línea de conducta se edificará el modelo que servirá de base al modelo profesional. Es un papel dictado. Su campo de acción se sitúa invariablemente en una relación dominante-dominado, con un imperativo de respeto inmu-

table hacia aquellos que prescriben, dictan y saben, y con una necesidad —primordial— de compensación afectiva y social que se encuentra, de forma imprescindible, cerca de aquellos a los que se cuida; los afectos que pueden ser tanto de piedad, de amor, de necesidad de protección, como de agresividad y odio, jamás tienen derecho a ser reconocidos y tenidos en cuenta y todavía menos expresados, puesto que cuidar es ser neutro... Para cuidar, hay que callar todos los sentimientos, sentimientos que devuelven el recelo al cuerpo, las sensaciones, a sí mismo.

Servir a los pobres es también ser pobre con los pobres: pobreza material, sin duda, aunque hace falta diferenciar la riqueza que pudieron conocer las instituciones y las congregaciones gracias a donativos, legados y fundaciones y la vida de pobreza y de renunciación que llevaron casi siempre la mayoría de las siervas de Dios. Pero, igualmente, y puede que más aún, pobreza de saber, pobreza de desarrollo personal, puesto que *cuidar exige en primer lugar hacer abstracción de sí, no ser nada uno mismo*. “Hay otra forma de tentación aún más llena de peligro”, escribe san Agustín, que había hablado anteriormente del peligro de la carne, “es esta enfermedad de la curiosidad [...] que nos empuja a descubrir los secretos de la naturaleza exterior, cuyo conocimiento no sirve para nada y que los hombres sólo quieren conocer por el placer de conocer”.⁷² Por otra parte, dejando de lado un periodo efímero de desarrollo cultural en los monasterios de mujeres, con algunas excepciones como la abadía de Port-Royal des Champs, el saber de las mujeres fue combatido por ser amenazador como el de las curanderas, o por ser reprimido: “Mantened sus espíritus lo más que podáis dentro de las normas comunes y enseñadles que deben tener, por su sexo, *un pudor hacia la ciencia casi tan delicado como el que inspira el horror del vicio*”.⁷³ Esto es aún más marcado en los cuidados asimilados a las tareas domésticas de rutina que no requieren ningún juicio, ningún espíritu de crítica, ninguna iniciativa, y no es casualidad que en el siglo XIX “las novicias menos dotadas se encargaran del cuidado de los enfermos”,⁷⁴ ya que, con frecuencia, después de ellas se pensará que es bueno que las mujeres incapaces de hacer otros estudios sean enfermeras. Así, salvo para alguna función que requiere más competencia, como la intendencia o el laboratorio, que la mayoría de las veces tienen religiosas de rango social más alto, lo que sustituye al conocimiento es esencialmente la gracia de Dios y el aprendizaje de tareas repetitivas, ya que las [mujeres] consagradas están subordinadas a los que saben y les dicen lo que deben hacer. Están alejadas de la evolución de unos conocimientos a los que no tienen derecho a acceder. Por otra parte, no pueden ni siquiera hacerse preguntas, lo que es el principio de todo saber. Actúan por la gracia y por la gloria de Dios. Deben obedecer a los que tienen el poder del saber y el poder del orden social, igual que las mujeres casadas están sometidas a

sus maridos que detentan el mismo poder. Este rechazo a acceder a toda fuente de saber crea un vacío abierto en el patrimonio de conocimientos que no sólo no es renovado, sino perdido en gran parte. Habrá que esperar a la creación de las primeras escuelas de enfermeras a finales del siglo XIX para que los cuidados se nutran de algún conocimiento que será la imitación de los conocimientos médicos pero que todavía se encuentran con un margen y con límites muy precisos.

Así, sometándose a este margen tan preciso, las [mujeres] consagradas pusieron durante varios siglos su vida al servicio de los enfermos y de los indigentes, respetando por ellas mismas y por los demás todas las prohibiciones vinculadas a la negación del cuerpo, que ensalzan el cuerpo glorioso y hacen del cuerpo carnal un tabú. La compensación de tanta abnegación se encuentra en una valoración espiritual y social importante que sin duda les permite encontrar la fuerza para asumir su tarea. Existe una satisfacción al contribuir personalmente a la misión de la Iglesia y al participar en la obra de la Redención y la salvación del mundo. Por otra parte, de esta manera puede llevarse a cabo su función maternal, sublimada en una maternidad espiritual de los enfermos que cuidan, de los pecadores por los que rezan. Además, la administración de cuidados proporciona la entrada a todos los lugares: “como instrumento evangelizador de primer orden la religiosa que cuida puede abrir puertas que se cierran ante el sacerdote”.⁷⁵

Pero, por encima del valor espiritual y apostólico, existe una señal de superioridad social que toda vida consagrada confiere, “el estado religioso estaba considerado en todo el mundo como superior al estado laico”.⁷⁶ Y, para todas aquellas que no están sometidas a la clausura, las hermanas son verdaderos modelos sociales, “independientemente de su devoción hacia la humanidad que sufre, ellas son el ejemplo de todas las virtudes cristianas”.⁷⁷ Esta forma de valoración social todavía servirá de referencia para la enfermera en 1926: “al igual que las Hermanas de la caridad, la enfermera, en el cumplimiento de sus deberes profesionales, encontrará satisfacciones morales que está en su derecho de alcanzar, en la realización de su dura tarea”.⁷⁸

En efecto, por curioso que esto pueda parecer a primera vista, la identificación de cuidados en las [mujeres] consagradas encuentra aquí sus primeros cimientos “profesionales” en el sentido etimológico de la palabra. Las [mujeres] consagradas realizan una profesión religiosa (yo profeso... yo creo...). Toda su práctica se basa en un credo. Yo creo, y a partir de aquí trazo toda mi acción. Después de las [mujeres] consagradas, la enfermería se fundamentará durante largo tiempo en un credo, como recuerda la señorita Greiner en 1936 conmemorando esta frase de Pasteur: “Dichoso el que lleva en sí un Dios, un ideal de belleza y que le

obedece: ideal del arte, ideal de la ciencia, ideal de abnegación, ideal de virtudes del evangelio. Estas son las fuentes vivas de las grandes acciones, todas se iluminan por reflejos del infinito”.⁷⁹ Estamos muy lejos de un oficio —pregunta propuesta a menudo— la naturaleza del servicio ofrecido, la prestación, ninguna de ellas está delimitada, identificada, pero se alimentan de un inmenso valor ideológico.

Forma de valoración económica

Para tomar en cuenta el valor económico de los cuidados proporcionados por las [mujeres] consagradas es necesario distinguir la aportación económica que proporcionan los cuidados a la institución de gestión (hospital, dispensario) y la estimación económica de estas prestaciones como tales, así como lo que aseguran en economía de subsistencia o eventualmente en ingresos a las que los procuran.

En lo concerniente a la aplicación de cuidados, a pesar del paso de la economía de subsistencia a la economía de producción en el Renacimiento, los cuidados administrados por las [mujeres] consagradas no son objeto de una evaluación financiera ya que estas mujeres están al servicio de Dios, de la Iglesia y de los pobres. Su servicio es gratuito, lo que es totalmente distinto de un valor de uso donde hay un intercambio, una reciprocidad. Aquí tenemos a la que da, por su vocación, y su estatus de consagrada, y aquel o aquellos que reciben. Hay, en cierto modo, un estatus social y económico de aquellas que, a cambio de darle su vida a Dios, son reconocidas como portadoras de dones, de caridad, de limosnas y de asistencia, lo que las convierte en benefactoras, mientras que hay otro estatus social y económico para aquellos que reciben los dones: los pobres de Dios. La forma de intercambio que existe se realiza dirigiéndose de Dios hacia los hombres y no en un sistema de paridad, de reciprocidad entre los hombres, lo que mantiene cerca de los que reciben *una necesidad de reconocimiento*. Deben siempre el bien que les han proporcionado y no tienen conciencia de la dependencia en que son mantenidos (a modo de intenciones individuales). Como lo señala De Gérando, “*hay tres relaciones principales entre los hombres: dar, recibir e intercambiar. El último supone la igualdad o la independencia recíproca de aquellos que transigen: los otros dos suponen la desigualdad*, la necesidad por una parte, y lo superfluo por otra [...] La caridad es, por tanto, el medio por el cual una relación desigual entre la indigencia y el desahogo sigue siendo en el fondo justa, es decir, no contradice los principios del contrato y del intercambio de equivalente a equivalente”.⁸⁰ Nos encontramos ante un sistema de organización socioeconómica, siendo la aplicación de cuidados un aspecto de este sistema.

En este sistema, la pobreza, al menos a partir del Renacimiento, se transforma en una apuesta económica. “La indigencia se transforma en algo económico” [...] “ya que hace posible la riqueza”,⁸¹ La apuesta económica de la pobreza sirve a las asociaciones e instituciones cuidadoras, que se enriquecen considerablemente, de dos formas. Por una parte, gracias a las personas que se consagran para el bien de los pobres; y se esfuerzan en socorrerles, estas instituciones reciben donativos, legados y fundaciones. “El hospital, riqueza de la Iglesia y don de Dios, goza, por lo tanto, de ventajas económicas considerables. Sus bienes son inalienables y el tercer concilio de Letrán dispensa incluso el establecimiento de un diezmo.”⁸²

Por otra parte, la fuerza del trabajo de todo el personal consagrado que administra cuidados hace que no sólo se obtengan recursos, sino que también, es mano de obra totalmente gratuita,* a quien sólo hay que suministrarle la subsistencia alimentaria, una indumentaria duradera y un dormitorio. De hecho, sin duda sin haber estado conscientes de ello, las [mujeres] consagradas son el eje de un sistema económico de gran rendimiento: para servir a los pobres, ofrecen gratuitamente sus servicios durante toda su vida, mientras que gracias al servicio que ofrecen, el dinero entra por otros canales sin que exista ninguna relación directa con la evaluación de la calidad de los cuidados ofrecidos. Todo el sistema funciona alrededor de la aplicación de cuidados sin que estas prácticas ocasionen una entrada directa de bienes, como hubiera ocurrido en el caso de un oficio donde hay que pagar la prestación teniendo en cuenta el servicio prestado.

Así, como la aplicación de cuidados jamás ha tenido la valoración de un trabajo ni por la duración, el número de enfermos, el tipo de trabajo efectuado o la pesadez de los cuidados, el trabajo no tiene límites. No tiene precio, ya que su recompensa no es de este mundo. Esto convertirá a las religiosas en irremplazables, hará pensar que los cuidados pueden efectuarse a cualquier precio, pero al mismo tiempo, como tienen un gran valor en sí mismos, no se pueden rebajar osando compararlos con otro trabajo, razón que les hace escapar de toda legislación laboral.

A esto hay que añadir que al estar centrados en el sufrimiento y la pobreza, los cuidados de las [mujeres] consagradas corren el riesgo, sin saberlo, de alentar esta misma miseria y pobreza por la que han dado su vida con vistas a aliviarla, siendo ésta un mal necesario para hacer el bien. “Es sin duda un deber y un deber sagrado por la autoridad a la que ha sido confiada la gestión de los intereses sociales de cuidar a un interés tan respetable como las necesidades de los indigentes; le debe su protección a todos los ciudadanos, y más en particular a los que sufren. *También*

*Ver anexo. Extraído del año 1674. Hospital de Lyon.

obtiene numerosas ventajas al cumplir este deber.”⁸³ Insertada en todo un sistema socioeconómico y manteniendo la dependencia, la beneficencia permite asegurar el dominio de toda una educación, y control social. “Hospicios y hospitales son estaciones obligadas en el recorrido de la asistencia general y verdaderos puntos de apoyo de una política de división difusa de las familias y son observatorios privilegiados de especies y formas de indigencia”.⁸⁴ Estas mismas orientaciones caritativas siguen guiando, aun actualmente, a toda una forma de acción sanitaria y social.

También hay que señalar que, como permanecerán identificados con las [mujeres] consagradas, la aplicación de cuidados no será objeto de estimación monetaria antes de la mitad del siglo xx, mientras que desde el siglo xviii el servicio postal y el servicio de transportes tenían tablas de salarios. De hecho, los cuidados mantendrán casi hasta nuestros días un valor económico fluctuante que navegará entre el valor de uso y el donativo gratuito, lo que obstaculizará considerablemente el reconocimiento social y económico del servicio de enfermería. Hasta 1945 cuando la seguridad social instaló una nomenclatura salarial

NOTAS

1. Statuts et Règlements de l'Hôpital de Lyon - 1777. Archives de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
2. Fillipetti H. y Trotureau J., *Symboles et pratiques rituelles dans la maison paysanne traditionnelle*, Paris, Berger-Levrault, 1978, p. 30.
3. *Ibid.*, p. 19.
4. *Ibid.*, p. 30.
5. *Ibid.*, pp. 29-45.
6. *Ibid.*, p. 19.
7. *Ibid.*, p. 38.
8. Delumeau J., *op. cit.*, p. 309.
9. Pierro R., y Long F., *L'Autre Moitié de l'Eglise: les femmes*, Paris, Ed. du Cerf, 1980, p. 47.
10. *Ibid.*, p. 48.
11. Delumeau J., *op. cit.*, p. 311.
12. Pierro R. y Long F., *op. cit.*, p. 49.
13. Badinter E., *L'amour en plus*, Paris, Ed. Fayard, 1980, p. 43.
14. *Ibid.*, pp. 45-46.
15. Ehrenreich B. y English D., *op. cit.*, p. 1657.
16. Al estudiar este periodo de la historia, numerosos autores constataron un recrudecimiento de la enfermedad durante varios siglos, debido al hambre y a las epidemias, consecuencia del aplastamiento campesino, del desinterés de las culturas y de la deplorable higiene.
17. Ehrenreich B., *op. cit.*, p. 1658.
18. *Ibid.*, p. 1658.

19. Ehrenreich B.; *op. cit.* p. 1661 cita de un extracto de “Malleus Maleficarum”, tratado de la lucha contra las brujas.
20. Albistur M. y Arnogathe D., *Histoire du féminisme français du moyen âge à nos jours*, Paris, Ed. des Femmes, 1977, p. 26; y Pernound R. *La Femme au temps des cathédrales*, Paris, Stock, 1980, p. 203.
21. Pargade, prefacio de la republicación del libro de Anna Hamilton, *Soins*, tomo 22, n° 15/16, 1977, p. 81.
22. Michelet J., *op. cit.*, p. 113.
23. Loux F., *op. cit.* p. 30.
24. Michelet J., *op. cit.*, p. 112.
25. *Ibid.*, p. 112.
26. *Ibid.*, p. 113.
27. Muchembled R., *La Sorcière au village*, Paris, Archives, 1979, p. 39.
28. *Ibid.*, p. 19.
29. Fierro R. y Long F., *op. cit.*, p. 61.
30. Muchembled R., *op. cit.*, p. 69.
31. Delumeau J., *op. cit.*, p. 372.
32. Muchembled R., *op. cit.*, p. 136.
33. Aron J. P., *Misérable et glorieuse, la femme du XIXe siècle*, Paris, Fayard, 1980, 93.
34. Palaiseul J., *Nos grands-mères savaient...*, Paris, Robert Laffont, 1972.
35. Graftaux S., *Mémé Santerre, une vie*, Paris, Marabout 1031, p. 40.
36. Pernoud R., *op. cit.*, p. 26.
37. Extracto de “Du style de vie des Vierges” de Cyprien de Carthage.
38. Pernoud R., *op. cit.*, p. 34.
39. *Ibid.*, p. 34,
40. Texto extraído de la Correspondencia de Yves de Chartres a las monjas Saint-Avit, 1091-1092, Yves de Chartres (alrededor de 1040-1116) pasó la mayor parte de su vida en monasterios. Uno de los hombres más instruidos de su tiempo, fue obispo de Chartres los últimos 25 años de su vida.
41. *Ibid.*
42. Se calculaba que había unas “10 000 religiosas en activo después de la Revolución, 30 000 en 1830, cerca de 100 000 en 1860, 130 000 o incluso 140 000 en 1880. Aparentemente lo mismo en 1900”, Langlois C., “Congregations hospitalières et demande sociale au XIX siècle”, *REPSA*, n.o 266, julio-agosto, 1978, pp. 250-251.
Guy J. CI habla de “400 o 500 fundaciones de las que la mitad subsiste todavía hoy día”, en “La vie religieuse et la santé de l’homme au tours des temps”, *REPSA*, no. 277-278, mayo-agosto, 1980, p. 260. Esto también se traduce en el adagio humorístico que circula aún en el siglo XX “les trois choses que le bon Dieu ne sait pas”, y la respuesta es: “lo que piensa un jesuita, lo que va a decir un capuchino al subir al púlpito y el número de órdenes de mujeres”.
43. Yves de Chartres, *op. cit.*
44. *Ibid.*
45. Baker C., *Les Contemplatives, des femmes entre elles*, Paris, Stock, 1979, p. 232.
46. *Ibid.*, p. 233.
47. Guy J. C., *op. cit.*, p. 245.
48. Albistur M., Armogathe D., *op. cit.*, pp. 136 y 316.

49. Ley Jules Ferry sobre la laicización de la enseñanza, 1880, y la obligación escolar para las niñas, 1882.
50. Perouas L., "Fonction hospitalière et vie religieuse au XVIIIe siècle", *REPSA*, juillet août, 78, p. 243.
51. Baker C., *op. cit.*, p. 39.
52. Perouas L., "Fonction hospitalière et vie religieuse au XVIIIe siècle", *REPSA*, no 266, juillet-août 1978, p. 244.
53. Langlois C., *op. cit.*, p. 251.
54. *Ibid.*, p. 249.
55. Léonard J., "Les médecins et les soignants - Femmes, religion et médecins", *Annales*, septembre-octobre 1977, p. 900.
56. Consultar para este tema:
Guyon M., "Les Centres de soins", *Symbiose*, no. 3, 1979.
Verpiren, "Evolution des Centres de soins", Laënnec, junio 1980.
57. Hay que señalar que las tres leyes de Combes, 1901-1904 fueron propuestas y apoyadas por médicos.
58. Ver los trabajos de F. Loux.
59. Selye H., *Le stress de la vie*.
60. Baker C., *op. cit.*, p. 211.
61. Guy J. C., *op. cit.*, p. 256.
62. Léonard J., *op. cit.*, p. 890.
63. Langlois C., *op. cit.*, p. 253.
64. Guy J. C., *op. cit.*, p. 242.
65. Léonard J., *op. cit.*, p. 896.
66. *Ibid.*, p. 892.
67. Guy J. L., *op. cit.*, p. 243.
68. *Ibid.*, p. 248.
69. Olgar Wormser, citado en *Histoire du féminisme français*, Paris. Ed. des Femmes. 1977, p. 30.
70. Baker C., *op. cit.*, p. 338.
71. Hamilton A., *op. cit.*, Soins, 5 décembre 1977, p. 44.
72. Saint Augustin, *Les Confessions*, Libro X, cap. XXXV.
73. Fénelon. *De l'éducation des filles*, cap. X.
74. Langlois C., *op. cit.*, p. 255.
75. Guy J. Cl., *op. cit.*, p. 260.
76. *Ibid.*, p. 252.
77. Léonard J., *op. cit.*, p. 890.
78. Laborie M., "Administration hospitalière", *Infirmière française*, 1926, p. 371.
79. Greiner M., "Conférence de morale professionnelle", *Infirmière française*, 1936, 109.
80. Disciplines a domicile, *Recherches*, no. 28, novembre 1977, p. 89.
81. Foucault M., *Histoire de la folie*, Collection 10-18, no. 169, pp. 235-236.
82. Attali, J., *op. cit.*, p. 59.
83. De Gerando, *Le Visiteur du Pauvre*, p. 383, citado en *Disciplines à domicile*, p. 83.
84. *Disciplines à domicile*, *op. cit.*, p. 87.

Identificación de los cuidados en la [mujer] enfermera → auxiliar del médico

Ha muerto, debía morir. ¿Cómo? Sobre todo, por el progreso de las ciencias que ella inició, por el médico y por el naturista para los que había trabajado.

La Bruja ha muerto para siempre, pero no el Hada. Reaparecerá bajo esta forma, que es inmortal.

Al estar ocupada en asuntos de hombres durante los últimos siglos, la mujer ha perdido, a cambio, su verdadera función: la de la medicación, la del consuelo, la del hada que cura.

Es su verdadero sacerdocio. Diga lo que diga la Iglesia, le pertenece.

Con su voz delicada, su amor hacia los más pequeños detalles y un sentido tan tierno de la vida, está llamada a convertirse en un penetrante confidente de toda ciencia de observación. Con su corazón y su piedad, con su bondad, cura por sí misma y por la medicación. Entre los enfermos y los niños existe poca diferencia. Ambos necesitan a la mujer.

Ella entrará en las ciencias llevándoles dulzura y humanidad, como una sonrisa de la naturaleza.¹

Al escribir estas líneas en *La Bruja* en 1862, Michelet traza sin saberlo las grandes líneas de la imagen de la [mujer] enfermera de finales del siglo XIX y de la primera mitad del siglo XX, la del hada buena siempre presente entre los que sufren llevándoles inagotablemente apoyo y consuelo. “La carrera de la enfermera [...] que ha nacido a partir de los instintos y de las leyes que rigen la condición humana, aparece como el eterno trámite que escolta nuestro destino y sus fatalidades desde el principio de los siglos. Frente al hombre herido por esta o aquella batalla de la vida, ella mantiene gestos donde se mezclan y se encuentran el sentido maternal, la caridad y el amor”.² Esta hada, “de rostro iluminado y grandes ojos azules [...] adornada con cabellos dorados que asoman por el gorro

más bonito que se pueda imaginar”,³ llevará a cabo una vuelta a las ciencias bien hecha, en efecto, pero por una puertecilla entreabierta justo lo suficiente como para que acceda al inicio de una medicina “científica” para poder servir al médico, ser su auxiliar. “Los médicos no pueden prescindir de las enfermeras [...] no es menos cierto que una parte de los cuidados a los enfermos ha dependido siempre de un auxiliar indispensable para el médico: este auxiliar debe tener un corazón de mujer.”⁴

De la [mujer] consagrada a la [mujer] enfermera → auxiliar del médico

Con la desacralización progresiva del poder político que dio lugar a la separación de Iglesia y Estado,⁵ ocurrida primero en Inglaterra, luego en los países anglosajones y por fin en Francia, aparece la enfermera tal y como se forjó desde finales del siglo XIX hasta estos últimos años imprimiendo su imagen a la aplicación de cuidados.

La enfermera se inscribe en el orden social tomando el relevo y continuando lo que las religiosas al servicio de los pobres, de los enfermos y de los desamparados atendían. Basa toda su práctica profesional en los valores morales y religiosos de la [mujer] consagrada. Hasta la llegada de Florence Nightingale no se le reconoce el dominio de conocimientos que le pertenece. Tiene vocación de servir, pero este servicio que hasta ese momento estaba a disposición de los pobres y de los enfermos, cambiará progresivamente de orientación con el desarrollo de la medicina.

Los descubrimientos realizados a finales del siglo XIX en el campo de la física y la química, permiten aplicar a la medicina los efectos de estos conocimientos y poner a punto tecnologías cada vez más complejas para diagnosticar y posteriormente tratar las enfermedades. La concepción de los cuidados se modifica totalmente. Los cuidados, centrados en el enfermo y su entorno, van a tener en cuenta la enfermedad. El campo de las actividades médicas se amplía y utiliza técnicas cada vez más elaboradas hasta el punto de que el médico necesita delegar poco a poco las tareas rutinarias que tenía costumbre de realizar (toma de temperatura, examen de orina), así como los cuidados médicos más habituales (cataplasmas, sinapismos, lavativas, etc.). Así llega necesariamente la ayuda de un personal, que se llamará más tarde “paramédico”, para prepararle el material que necesita, efectuar los tratamientos curativos más corrientes que prescribe pero de los que no se encarga.

“Las enfermeras son una bendición para estos doctores solicitados por todas partes; tienen a su disposición mano de obra médica que no se interesa ni por la práctica en sí misma ni por las ideas de la medicina, y que parece no tener en la vida más que una única vocación, servir.”⁶

He aquí, por otra parte, la confirmación de un médico, mostrando en *l'Infirmière Française* lo que se espera de la “función de la enfermera”:

“El acto médico exige cada vez más colaboración. El médico necesita ser ayudado en todas partes, en la ciudad, en el campo, en el hospital, en el dispensario y en la familia del enfermo. Aquí, se deben buscar los signos precoces de la enfermedad y allá, beber en la fuente de las informaciones sobre las condiciones de existencia del individuo, aquí aplicar o vigilar un tratamiento y allá consolar, animar, en una palabra preparar, ayudar y perseguir la acción médica y moral del médico. La mayor parte de esta función incumbe a la enfermera. Por otro lado, nadie está mejor adaptado que la enfermera para desarrollarla. Exige mucha delicadeza.”⁷

Puede parecer sorprendente comprobar que “el papel de la enfermera” esté tan determinado, sea tan parecido a sí mismo de un lugar a otro, considerando la diversidad de condiciones sociales de las mujeres enfermeras “cuidadoras de enfermos, congregantes, aficionadas; mercenarias, profesionales”,⁸ su nivel de instrucción, las formas y lugares de ejercicio, en el hospital o junto a las familias, la diferencia entre París y una provincia. De hecho, a partir de la creación en París por el doctor Bourneville de la primera Escuela de Enfermeras en el hospital de la Salpêtrière, los primeros cursos de formación para enfermeras o cuidadoras de enfermos fueron iniciados por personas que representaban grupos tan diferentes como los del doctor Duchaussoy creando en 1879 la Escuela de Ambulancieras de las Damas Francesas, las Escuelas privadas de París: la Escuela Profesional de Asistencia a los enfermos de la calle Amyot en 1900, y la Casa-Escuela de Enfermeras Privadas creada en 1904 por la señorita Chaptal; en las provincias, la Escuela libre y gratuita de cuidadoras de enfermos fundada en 1884 por la señora Momméja, y la Escuela profesional de enfermeras del hospicio de la Caridad de Lyon en 1899.

De la misma manera nos podemos dar cuenta de que, cualesquiera que hayan sido las razones que han presidido la necesidad de formación profesional de las mujeres que deseaban aplicar cuidados, éstas de ninguna forma han hecho variar el arquetipo de la enfermería desde los años 1950-1960. Bien sea “el personal de servicio” analfabeto de los hospitales de París, llamado a sustituir sobre el terreno y sin preparación a las religiosas después de las leyes anticongregacionistas, o el deseo de las mujeres de condición modesta de tener otras salidas profesionales distintas de la de institutriz, o la necesidad de las mujeres de clase elevada de sentirse útiles, la enfermería se ha elaborado poco a poco desde finales del siglo pasado, haciendo referencia a un modelo doble: el modelo antiguo nacido

directamente de la [mujer] consagrada, tal y como evoca el prólogo de *l'Infirmière Française*:

“¡La enfermera francesa! Religiosa o laica, por donde pasa los dolores se calman, las lágrimas se secan. Su velo blanco, como las alas de los ángeles o azul como el azul del cielo lleva en sus pliegues la esperanza y la bondad. ¡Qué santa, qué admirable misión de caridad o de solidaridad humana [...] acometen estas nobles mujeres que no quieren más amor que el de los desgraciados, en quienes unos creen ver la imagen de Cristo redentor y los otros encuentran la satisfacción de su necesidad de sacrificio y de abnegación!

A todas estas siervas de un ideal que es el nuestro, les queremos tender la mano para caminar juntos....”⁹

Simultáneamente un nuevo modelo comienza a aparecer, el de la auxiliar del médico, primero preparando el material necesario para su actividad, después procurando bajo su responsabilidad los cuidados prescritos y delegados por él; y, con eso, accediendo poco a poco a fragmentos de conocimientos médicos que éste dispensa para realizar estas tareas.

Así, la enfermería se constituye a partir de esas dos fuentes que actuarán constantemente interaccionando recíprocamente; se podría incluso hablar de una doble filiación: la filiación conventual y la filiación médica.

Filiación conventual

Ser enfermera es ser “servidora de un ideal”, es pues ante todo servir, como evidencia el profesor Calmette en el prólogo de *l'Infirmière Française*. “La enfermera ante todo debe aprender a servir, a no caminar jamás delante del médico sino a seguirlo.”¹⁰

SERVIR

Servir es la base de la enfermería. *Servir a los enfermos*, objeto de la finalidad de los cuidados, y *por consideración hacia ellos, servir a los médicos, servir a la institución de cuidados* y a sus representantes.

Servir a los enfermos es lo que da sentido a la práctica de enfermería y lo que la orienta, es lo que guiará su actitud:

“La actitud y la forma de ser de la enfermera frente a los enfermos es un conjunto de cualidades manifestadas exteriormente, pero que provienen de la educación de los sentimientos y de una vida interior profunda.

La enfermera no puede ser una persona cualquiera: es la que ayuda a la curación y cuya aparición ya debe ser un sosiego.

Para tener una actitud naturalmente buena y reconfortante, no falsamente piadosa o afectada, hay que estar convencida de:

1. que una sala de hospital es el *santuario* de los sufrimientos;
2. que el enfermo está ahí en su casa y la enfermera en la suya gracias a él;
3. que se ha venido para *servir*;
4. que el enfermo no es un caso interesante de tal o cual enfermedad, sino un ser humano que sufre y espera mucho de aquellos que lo cuidan”.¹¹

La literatura de enfermería aparecida hasta la Segunda Guerra Mundial (*l’Infirmière Française, Pages Documentaires*, manuales de cuidados...) abunda en ejemplos que prueban la preocupación constante de servir al enfermo: “en una misma unión por el enfermo, único objeto de nuestra vida, de nuestra existencia, bien se tratara de la directora o bien de la simple enfermera de día o de noche, *todas estábamos animadas por un solo motivo: el bien del enfermo*”.¹²

Velar por el bien del enfermo, confortarle y consolarle es la finalidad, la intención, pero el médico es el gran poseedor del contenido “profesional” de la aplicación de cuidados; además, servir al enfermo conlleva *servir al médico*. “La enfermera debe, sobre todo, conocer al enfermo, su medio, cuidar su mal, prevenir su extensión. Por el conocimiento apropiado del ser que sufre y de la enfermedad en sí misma, *ella debe constituir el instrumento perfecto que tiene como función principal ser llevado por la mano del médico*. Es éste *quien debe hacer el uso debido de este dócil instrumento*”.¹³ Por otra parte, esto permite evitar cualquier conflicto: “y así no se pueden producir conflictos que no deben existir más: el arte de la enfermera no es sino ejecutar lo que decide la ciencia del médico”. Como veremos, los médicos podrán decir fácilmente “lo que esperan de las enfermeras”.¹⁴

Pero servir a los enfermos implica igualmente *servir a la institución cuidadora* y a sus representantes administrativos. “La vigilancia está encargada de un servicio que debe dirigir siguiendo la autoridad que le ha sido conferida” [...] “es su deber mantener las directrices que les han sido impuestas por aquellos que tienen autoridad sobre ustedes: deben ser una representante leal de esta autoridad”, y “¡jamás discutir las directrices de la administración hospitalaria!”¹⁵

El servir reviste a la enfermera de una verdadera *misión* “que le ha sido confiada, misión que no exige solamente la conciencia de un deber por cumplir, sino el don de toda ella para asegurar el éxito de esta gran

causa".¹⁶ El cumplimiento de esta misión exige la renuncia y el *olvido de sí misma*, "la base de toda la profesión es olvidarse de sí misma, para dedicarse a aquellos a los que cuida, para consolar su desamparo, nada vale si para servirles no se olvida de sí misma".¹⁷ El uniforme aparece entonces como el símbolo de esta renuncia: "el día que se ponen el uniforme están revestidas de un carácter sagrado",¹⁸ igual que cuando las [mujeres] consagradas tomaban el hábito.

Como Anne-Martin-Fugier constata respecto a las sirvientes de la época, "esta función casi sagrada requiere todo su tiempo, toda su energía, todo su corazón y su cuerpo".¹⁹ Esto es lo que exigen los cuidados en enfermería: "Ser enfermera cuidadora, ser la que alivia con sus propias fuerzas el sufrimiento de los otros, que se marca una meta hacia la que tienden todas sus facultades. Tener la alegría de poder dar en cada instante y en las más pequeñas tareas un poco de sí misma, de su propia vida, de poder darse directamente inclinándose hacia aquellos que la necesitan. *Ser enfermera cuidadora y no ser nunca nada más que eso*, cuidar, aliviar y no *querer más que servir* hasta ser egoísta, no por miedo a la responsabilidad, ya que no hay otra más grande que la de tener la vida de los demás entre las manos sino que el deseo de darse y de vencer el dolor", ésta es "la misión de la enfermera"²⁰ que puede llegar hasta a "inmolarse al deber".²¹

Al igual que las prácticas de las [mujeres] consagradas, la orientación y la legitimidad de esta misión están polarizadas sobre los *seres enfermos y necesitados*: "todas las misiones a las que puede ser llamada una enfermera tienen su grandeza y su belleza, ya que todas están basadas en un mismo ideal: aliviar el sufrimiento ya sea físico o moral".²² *El sufrimiento solicita cuidados*, es su canal. Cuidar no consiste en evitar el sufrimiento, sino en estudiarlo, en ser su cabecera como demuestran numerosos escritos profesionales sobre este tema, siendo el más conocido el de *Au chevet de la souffrance*,²³ de la reverenda madre Catherine de Jesús, que sirvió de biblia de la enfermería desde 1936 hasta después de la década de 1960. Constituye una de las más fundamentales referencias de las prácticas curativas para formar la conducta de la enfermera. Fuera del conocimiento de la técnica y de la patología, que exigen conocimientos médicos, todo el contenido de la práctica curativa está depositado aquí. Es el contenido de una guía de comportamiento que intenta prescribir las actitudes que son algo más que el soporte de los cuidados, son la esencia misma.

Realizar una misión tan exigente necesita una *vocación*. "*Nuestra profesión tiene el carácter de ser una vocación* [...]. La vocación de enfermera es una llamada que resuena en nosotras secretamente, es una llamada espontánea que surge del ser íntimo, que se conmueve en contacto con el sufrimiento, es un impulso irresistible de todo el ser hacia aquellos que

necesitan ser aliviados, amparados, confortados, y consolados. Obedecer a esta atracción significa declararse lista a renunciar a todo”.²⁴

Es absolutamente necesario asegurarse de que las nuevas reclutas (a veces se puede leer incluso “aspirantes” o “postulantes”) tengan vocación para que puedan “entrar” en una escuela de enfermeras; esto es válido tanto para las enfermeras hospitalarias como para las enfermeras visitadoras, como recordaba todavía en 1938 la Directora del Servicio de Protección de la Infancia de Girona. “No insistiremos en la vertiente moral, no hay nada nuevo: hace falta que tenga vocación, es decir que la directora de la escuela que la tome a su cargo descubra en ella las cualidades de corazón, de conciencia y de devoción que han sido siempre propias de la enfermera”.²⁵ Esta larga llamada a la vocación puede explicarse, sin duda, en el contexto económico y social del medio hospitalario o de los medios de vida desfavorables de las familias visitadas por las enfermeras visitadoras, pero también contribuye a favorecer esta llamada el estímulo de tomar bajo su cargo la miseria del mundo.

Esta llamada a la vocación para garantizar el ejercicio de la enfermería tendrá como efecto a largo plazo, si no la obligación, sí al menos la recomendación del celibato; el matrimonio, la maternidad y la vida de familia son incompatibles con las exigencias de una entrega constante, y también con toda una concepción de los cuidados del cuerpo heredada de las [mujeres] consagradas.

Servir constituye, pues, el vector ideológico de la enfermería. *Servir no aparece tampoco como un servicio ofrecido*, como si fuera la prestación dada por un oficio, pudiendo estar determinada y reconocida, sino como una manera de ser basada en un conjunto de cualidades que hay que tener o esforzarse en adquirir. Ya sea para el enfermo, el médico, o la institución de cuidados, *el servicio se basa en unas cualidades* que aunque aparentemente son sólo femeninas, se despliegan de hecho sobre toda una gama, reagrupando lo que se debe esperar del hombre, de la mujer e incluso del niño. Sin poder realizar aquí un análisis exhaustivo de los numerosos textos que invocan incansablemente estas cualidades, es importante resaltar el estímulo para desarrollar las cualidades habitualmente reconocidas en los hombres. Para tener autoridad, y hacer reinar el orden en las salas o el orden social, la enfermera “debe tener alma de jefe y poseer ese don indefinible que es la autoridad, a fin de tener poco a poco influencia sobre los enfermos”.²⁶ Para poder mantener el esfuerzo sostenido y permanente que se le exige, hace *falta* desarrollar sin cesar energía, voluntad, dominio de sí misma, deseo de vencer: “querría fijar en su espíritu y en su corazón, además de esta necesidad de vencer, de vencerse [...], el trabajo que siendo una forma continua del esfuerzo constituye una educación excelente

de la voluntad”).²⁷ En cuanto a las cualidades femeninas, son recordadas sin cesar, desde la actitud para los trabajos domésticos y el conocimiento del funcionamiento de un hogar (que sólo excepcionalmente tendrá la enfermera): “todo lo que pueda saber una mujer sobre lo que sirve en la vida de un hogar será precioso en la vida de la enfermera”.²⁸ Ella debe poseer el conjunto de la panoplia de las cualidades del corazón y del espíritu que deben tener “unas mujeres abiertas a las necesidades de sus semejantes y por tanto eminentemente caritativas”. Así al parecer una *buena enfermera* debe tener un sentido de la observación muy desarrollado, agudeza psicológica, tacto, educación, un trato agradable, etc. “Le exigimos un corazón sensible, y [...] sólido, dulzura y entereza, ponderación sin lentitud. Debe tener iniciativa [...] siendo disciplinada; su abnegación casi ilimitada debe permanecer razonable, etc.”²⁹. Pero todas estas cualidades no podrían prescindir de las cualidades del niño que se asocian a todas las otras, como lo recuerda el doctor Sebilleau, cirujano del hospital de París: “Me parece que los enfermos son como niños grandes y es necesario que haya a su alrededor disciplina y fuerza (cualidades del padre), dulzura y debilidad (cualidades de la madre), alegría y puerilidad (cualidades del niño). Créanme, es necesario que una enfermera sea firme, resuelta, decidida, como un capitán; que sea buena, tierna, paciente, previsor, como una madre de familia; alegre, risueña, cariñosa y exuberante como un niño, ya que los niños sólo quieren jugar con otros niños”.^{*30}

Para permitir la adquisición y el mantenimiento de estas cualidades, es indispensable asegurar “la formación de las conciencias” por “una moral especial” como le gusta precisar a la señorita Chaptal, colocando “cada instante bajo los ojos de las alumnas el cuadro de las cualidades morales que esperan encontrar en una enfermera. Existe un *tipo ideal* propuesto constantemente a las alumnas y ofrecido a su buena voluntad como la meta de los esfuerzos comunes”.³¹ Además de la directora a la que por derecho le corresponde la enseñanza de la moral que la mayoría de las veces está revestida de una forma doctrinal, no es acaso aquí también donde “las monitoras deben formar de primera mano el alma de la joven que aspira a ser enfermera, guiar su corazón tan deseoso de darse, enriquecer su inteligencia con conocimientos claros y seguros, formar su conciencia profunda, hacer sus manos hábiles, expertas”.³² Los médicos completarán también esta enseñanza.

De esta manera, la moral, objeto de numerosos compendios y tratados, propone todas las *líneas de conducta* para responder a las *necesidades*

*Esta alusión a la mujer-niño, de la que tiene necesidad el médico para servirle y en la que a menudo y deliberadamente se ha confinado a la enfermera, es significativa.

humanas, mientras que la técnica contribuirá a formar un principio de contenido “profesional”.

Filiación médica

“Cuidar a un enfermo es, literalmente, esforzarse en prestar correctamente los cuidados prescritos por los médicos”.³³ El médico es el que determina y ordena, la actividad de la enfermera. “La enfermera es la más modesta colaboradora, pero, también, la más apreciada por los médicos, los cirujanos y los ginecólogos de los hospitales. Es como la línea de unión entre los enfermos a cuya cabecera vive constantemente y los jefes de servicio que no pasan ni pueden pasar más que algunos instantes al día con ellos.”³⁴ “Las enfermeras son en efecto una verdadera bendición para estos doctores que están solicitados por todas partes”, como constatan Bárbara Ehrenreich y Deirdre English, más aún cuando son formadas para servir, sin interesarse ni tener idea de los cuidados en sí mismos.³⁵

Los médicos son los que darán el contenido profesional a la aplicación de cuidados enseñando a las enfermeras “todo lo que esperan de ellas”. Desde el comienzo de la formación, Anna Hamilton afirma que “la enseñanza está confiada exclusivamente a los hombres, principalmente a los doctores en medicina que hacen los cursos teóricos [...] Los médicos de los hospitales califican el curso práctico. El principal aspecto, que afecta al enfermo, y no al jefe, está omitido completamente en este curso”.³⁶ La enseñanza confiada a los médicos estará determinada por ellos. Ellos son los que saben lo que es necesario para que “la enfermera continúe su labor”. A este respecto, “debe recibir una triple instrucción: es necesario que se inicie en las grandes nociones elementales de anatomía, de medicina y de cirugía. Es necesario que se impregne de conocimientos técnicos consumados, es necesario por último, que su corazón se forme hacia el amor del enfermo y que su conciencia se eleve poco a poco a la altura del deber médico”.³⁷ Esta enseñanza permitirá que se produzca progresivamente una transmisión de poderes a la enfermera *de los cuidados aplicados hasta este momento por el médico*. En 1929, el doctor Jules Renault tiene en cuenta todo aquello que puede ser confiado a la enfermera. “Hoy día, la enfermera sabe, como sus antepasados, cambiar, limpiar, mimar a un enfermo, pero a todo el mundo le parece inverosímil el no confiarle con toda tranquilidad la anotación de los pulsos y de la temperatura, la investigación de la albúmina, la colocación de ventosas, poner convenientemente las inyecciones subcutáneas tónicas o calmantes, de cambiar con rigurosa asepsia los apósitos más delicados, de realizar

asépticamente el sondaje vesical, y en cuanto a los niños la antisepsia dedicada de la nariz, de la garganta, de los ojos, los fomentos del pecho, etc.”³⁸ Desde 1929 se enseña antes a las enfermeras a tomar muestras de sangre y a poner inyecciones intravenosas que a hacer análisis de orina.³⁹

Formada de esta manera, la enfermera desarrolla una práctica de cuidados totalmente tributaria de la práctica médica, facilitando considerablemente el ejercicio de ésta. “Es conocido que una buena enfermera debe ser para el médico un *agente de información* y un *agente de ejecución*, tanto en el domicilio del enfermo como en el hospital. *Agente de información*, observando lo mejor posible y señalando al médico los acontecimientos susceptibles de ser comunicados sobre la naturaleza y la evolución de la enfermedad; *agente de ejecución*, vigilando que las prescripciones terapéuticas sean puntualmente aplicadas. Ejerciendo esta doble función, facilita el diagnóstico o el pronóstico, y sobre todo participa en el cumplimiento correcto del tratamiento”.⁴⁰ El cumplimiento exige “tener conciencia”, es decir, a menudo no tener ningún juicio, ningún discernimiento, ningún espíritu crítico: “es cumplir las órdenes dadas por el médico sin realizar ninguna modificación, admitiendo que el enfermo las necesita y que están justificadas, no acepten cambiar lo que sea sin consultarlo antes a sus jefes”.⁴¹

Sin embargo, este reparto del saber médico con la [mujer]-enfermera → auxiliar del médico puede convertirse en una amenaza para los médicos, por lo que es indispensable recordar los límites precisos de su competencia, como ya lo hacía el doctor Sebilleau dirigiéndose a las alumnas de enfermería de la Asistencia Pública de París: “No aspiren a sustituir a sus futuros jefes junto a sus enfermos; pero piensen que es necesario que conozcan lo que podemos llamar los “grandes elementos” de la profesión médica”,⁴² como no deja de recordar el profesor Léon Bernard y otros tras él: “Señoras, se les ha dado una instrucción, unas nociones técnicas indispensables; eviten tener un excesivo orgullo. *Sigan siendo mujeres y enfermeras*; piensen que no hay tareas viles, y que al contrario, de su simple aceptación obtendrán todo el prestigio que necesitan. Respeten al médico, aunque piensen que no se lo merece. El médico siempre debe ser considerado por la enfermera como su jefe”.⁴³

Esta doble pertenencia de la enfermería, a la vez heredera del modelo religioso y sometida al modelo médico, marcará profundamente en Francia la forma de identificar esta práctica que permanecerá durante cerca de un siglo —desde finales del siglo pasado hasta las décadas de 1960-1970— confusa y equívoca, como ya lo constataba la señora Krebs-Japy en 1923: “El carácter de esta profesión nos parece, por una parte,

cuando se trata del enfermo, que está en relación con atributos humildes de sirvientes, mientras que por otra parte, a la enfermera se le reconoce como una colaboradora inteligente y valiosa del médico”.⁴⁴ Responder a esta doble exigencia trae consigo, por una parte, desarrollar un contenido profesional de carácter técnico, sacado de las fuentes del saber médico, y por otra sacar fuerzas de la satisfacción de cumplir una misión: “Instruirse en materia profesional, aprovechar toda ocasión de adquirir conocimientos nuevos, de estar al corriente de los progresos científicos, de ser capaz de responder a las exigencias de la técnica moderna cada vez más minuciosa bajo la dirección médica”.

“Hay que perfeccionarse en valores morales, puesto que la ciencia por sí sola jamás ha formado un alma. No se puede dudar de que la misión de la enfermera es tanto de orden moral como técnico. Para vivir día a día en frente del sufrimiento humano, es necesario tener una fuerza interior que mana desde el alma”.⁴⁵

De hecho, la prestación ofrecida no está identificada de ninguna manera. Todo va a *fraguar la personalidad de la enfermera* para que por su mediación ella sepa aliar la destreza con una técnica cada vez más centrada en la enfermedad, asumiendo constantemente lo que dicta su vocación: servir a los enfermos. A ella le toca saber interpretar este papel de hada de los tiempos modernos, anunciado por Michelet: saber armonizar la resolución de los problemas humanos sin tener más recurso que la moral profesional, y servirse de la técnica médica dentro de los límites de las prescripciones que se les hacen.

Valor social de la enfermería

Intentar discernir el valor social de la enfermería, que nace de la doble filiación conventual y médica, no es cosa fácil. Cuanto más factible es separar las características predominantes, tanto más complejo es intentar aclarar la forma en que han actuado, teniendo en cuenta a la vez las orientaciones y tendencias que despuntaron en la profesión y la red de influencia de los valores demográficos, sociales, económicos y políticos que entraron simultáneamente en interacción.

La pertenencia a un doble modelo, el heredado de la [mujer] consagrada y el nacido de la medicina moderna se hará notar de forma diferente a medida que la enfermería se abre a dos campos de ejercicio diferentes que hubieran podido ser complementarios: el ejercicio en el medio hospitalario de las enfermeras hospitalarias y el ejercicio fuera del hospital de las enfermeras visitadoras.

Al examinar estas dos formas de ejercicio en el hospital y fuera de éste, se advierte que al principio del movimiento de profesionalización empezado por la formación (finales del siglo pasado, principios del siglo xx: en la *Belle Époque*), los dos estuvieron fuertemente marcados por el modelo nacido de la [mujer] consagrada y por las repercusiones progresivas de los descubrimientos aplicados a la medicina. Sin embargo, la influencia del modo de vida conventual más predominante en el hospital lleva a la enfermera mucho más a servir al médico, mientras que fuera del hospital tiene una función más diferenciada basada en un descubrimiento del medio económico y social: se convierte en la asistente, no en la auxiliar del médico. La forma en que estos modelos de referencia influirán en la práctica de la enfermería en sus dos formas de ejercicio profesional, modificará todo el proceso de profesionalización, reconocido oficialmente a partir de 1922, que después se bifurcará en direcciones diferentes a partir de 1938 cuando las enfermeras visitadoras se unirán al cuerpo de asistentes sociales.

FORMA DE VALORACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMERA INFLUENCIADA POR EL MODELO RELIGIOSO

La enfermera como punto de referencia del valor que se atribuye a los cuidados

El valor social de la enfermería, es decir, la evaluación de la naturaleza de los cuidados proporcionados al enfermo, de su calidad en relación con su justificación, no son objeto de ninguna estimación por su práctica en sí (salvo en el aspecto de las técnicas médicas y de las técnicas de actitud), sino que se aprecia por la persona que cumple esta tarea. *La enfermera sirve de punto de referencia de los cuidados que proporciona respecto a las cualidades morales y religiosas que demuestra*. El acto de enfermería obedece a valores sociales determinados por una ideología oblativa, donde la enfermera sigue haciendo abstracción de lo que es, decidiendo —después del médico— lo que será bueno o malo, para el enfermo. Debe borrarse completamente para cuidar, ser neutra, no existir: “ya no tiene derechos, sólo tiene obligaciones”,⁴⁶ como declaran a discreción todos los libros y tratados de moral profesional. Las enfermeras se encuentran por tanto reducidas a un papel cuidador que les da forma y las modela. “Su persona está borrada de la realidad”,⁴⁷ como demuestra el lenguaje o cualquier práctica que no sea de orden técnico que se traduce siempre por “la enfermera debe”. Las mujeres que ejercen como enfermeras se reducen a un tipo, podríamos incluso decir que a un prototipo: “LA ENFERMERA”, en el que se tienen que hundir y paralizar mujeres auténticas, mujeres vivas e individuales.

Del valor inestimable al valor nulo

El peso de esta ideología hará muy difícil la estimación y el reconocimiento social de la enfermería, que oscilará constantemente entre un valor sobrestimado y una devaluación. Al no tener más precio que la vida que hay que consagrarles, los cuidados son de un valor inestimable, pero por otra parte este valor sólo puede ser despreciado, ya que es evidente que la enfermera sólo cumple su deber. Así pues, habrá una oscilación permanente entre el valor inefable de una profesión que no quiere y no puede ser confundida a ningún precio con un oficio: “nuestra profesión supera al oficio”,⁴⁸ y la imposibilidad de reconocer lo que justamente da valor a un oficio al poder identificar la naturaleza del servicio que da y lo que requiere por el tiempo, la pesadez y la forma del trabajo.

La continuidad en el cumplimiento de esta función está asegurada por la movilización constante de motivaciones que halagan particularmente el carácter femenino de este ejercicio profesional: “Su profesión es la vocación femenina más bonita que hay en el mundo”,⁴⁹ haciendo brillar las nuevas posibilidades de porvenir que se ofrecen a este eterno femenino:

“Qué magníficas perspectivas se abren ante ustedes, señoritas, y qué razón han tenido al elegir esta profesión, una de las más bonitas para la mujer, una de las más formadoras, una de las más realizadoras. Ante las exigencias sociales actuales, no tenemos derecho de derrochar sus fuerzas. Todavía hay demasiadas vidas inútiles, demasiadas vidas egoístas, demasiadas vidas echadas a perder. La suya se alzarán frente a ellas como un ejemplo moralizador. (Reaparece aquí el carácter misionero.)”*

“A su inutilidad ustedes opondrán su infatigable actividad y los numerosos servicios que ofrezcan.

“A su egoísmo, ustedes opondrán su abnegación, su generosidad, que las hace olvidarse de ustedes mismas para ocuparse sólo de los demás. A su despreciable futilidad, ustedes opondrán la dignidad de su vida, la docilidad de su conducta y *la estima que recaerá en ustedes*. Si realizan este ideal, y sólo ustedes pueden hacerlo, no sólo serán enfermeras modelo, sino también mujeres de élite”.⁵⁰

Esta forma de exhortación se apoya constantemente en contrastes para medir la distancia existente entre la grandeza y la nobleza de la misión, su carácter caritativo exigente, y el cumplimiento de tareas humildes que exigen sumisión, abnegación, y olvido de sí; u oponiendo la magnanimidad de algún ideal con la banalidad de cualquier otra forma de vida.

* Comentario de la autora.

De hecho, hay una oscilación permanente entre la sobrestimación del valor que se le reconoce a la enfermería, que se confunde con la enfermera en sí misma, y la minimización de lo que hace, y por tanto de lo que es. Esto se traduce constantemente en un doble mensaje que la enfermera debe aprender a separar para *permanecer en su papel*: “Sean instruidas”, pero sólo sobre tal o cual conocimiento; “sean imaginativas”, pero sólo en esta o aquella circunstancia. “Sean capaces de desarrollarse ustedes mismas”, pero sólo “para encontrar vuestra alma”; “sean aptas para tomar responsabilidades, pero sólo para atender lo que otros les han ordenado, ya que son la prolongación de su acción”, bien sea médica o de la institución sanadora. La definición de la función, conforme al modelo-tipo de la “buena enfermera” siempre está ahí para indicar y garantizar los límites que no se deben traspasar en el comportamiento, la conducta o las actitudes.

Esta forma de estimación social de la enfermería tiene implicaciones sociales tanto con respecto al grupo profesional como a los que utilizan los cuidados.

Consecuencias para el grupo profesional

Esta forma de estimación ha influido y sigue influyendo en la forma de contratación profesional que se basa en las motivaciones nobles, en relación a las ideologías predominantes transmitidas por todo el pasado conventual.

Del mismo modo, es esta forma de estimación la que ha servido durante mucho tiempo para evaluar a las alumnas-enfermeras para apreciar si “iban por el buen camino”, y eliminar a las que no lo hacían. La alumna enfermera, y después la enfermera, debía y con frecuencia debe todavía responder a un conjunto de cualidades morales determinadas, de las que se han podido contar hasta 327.⁵¹ Desde el surgimiento del movimiento de profesionalización, estas cualidades han sido tema de artículos, de tratados de moral profesional, han servido de base dentro de las escuelas y a las reglas profesionales, inspiradas muy directamente en las reglas conventuales. Es posible encontrar esta corriente de influencia a través de numerosos textos profesionales,⁵² que persisten durante mucho tiempo, junto con los textos sobre técnicas curativas y a cuyo alrededor se elaboran las publicaciones de enfermería, que esperan ser sustituidas por textos de patología (la mayoría de las veces escritos por médicos), que traen consigo un párrafo: “función de la enfermera”, donde encontramos la función moral y la función técnica.

Estos valores morales y religiosos heredados de la [mujer] consagrada son también los que durante tanto tiempo han hecho sospechosos a todos los conocimientos indispensables para cuidar, es decir, a todo el

abanico de conocimientos que pueden permitir comprender los comportamientos humanos, los fenómenos psicosociales, los hábitos de vida, los diversos medios y condiciones de vida, para captar mejor lo que genera salud o enfermedad. Sólo pueden entrar en las escuelas los conocimientos aportados por médicos, y lo hacen para ayudar a las enfermeras en su tarea. Estos conocimientos serán de hecho la única fuente de explicación posible del proceso salud-enfermedad. En cuanto al conocimiento del cuerpo, se aprende por la representación anatómica del esqueleto y la patología, el cuerpo sexuado está como borrado: *cuerpo al que se le niega* el cuidado excepto como cuerpo enfermo, *cuerpo del que reniega* la enfermera que cuida excepto como fuerza trabajadora y compasiva.

La formación y el ejercicio de las enfermeras hospitalarias seguirán estando durante mucho tiempo profundamente marcados por esta influencia dado el encierro de la práctica profesional en un medio aislado de todo tipo de redes de influencia socioeconómica; no es que estas redes no actúen a nivel institucional, sino que la consideración de estos factores no forma parte de las circunstancias del trabajo del personal cuidador.

La formación y el ejercicio profesional de las enfermeras visitadoras y más tarde de las asistentes sociales, darán muestras de la progresiva liberación de estos valores debido a la necesidad de acceder a diferentes fuentes de conocimiento y a la obligación de estar en contacto con diversos modos de vida. Sin embargo, son estos valores los que han marcado enormemente las orientaciones predominantes de la acción sanitaria y social, tal y como se pueden analizar hoy día.⁵³

Consecuencias para los enfermos, las personas cuidadas

Al ser tratados con frecuencia como niños, como seres no responsables, los enfermos conocen la repercusión de esta forma de estimación social, en el sentido que siguen siendo a la vez *objeto de amor*, teniendo que compensar todas las renunciadas de aquellas que siguen dando su vida para que ellos se curen (enfermeras hospitalarias), o para aliviar su miseria moral, social y económica (enfermeras visitadoras); y, al mismo tiempo, son, en consecuencia, *muy dependientes, están muy poco motivados para hacerse cargo de sí mismos*.

Tienen que prestarse a todas las suertes, bien de hiperprotección, o bien de desamparo y abandono; así, el entendimiento de los cuidados que se prodigan está regulado por actitudes oblativas, no por la base de una evaluación del grado de dependencia funcional y afectiva de los enfermos que piden una compensación determinada.

Del mismo modo, el hecho de estar impregnados en valores morales, llevará con frecuencia al personal de enfermería y también a los asistentes

sociales a hacer la distinción entre “el buen o el mal enfermo”, “la buena o la mala familia”, según el enfermo esté dispuesto a hacer y dedicado a lo que le diga la enfermera, según se muestre respetuoso con los valores morales y religiosos y se someta a lo que se haya pensado que es bueno o malo para él.

Como se ha visto, la moral obliga a la enfermera a seguir la obra de las [mujeres] consagradas dedicándose a los más enfermos, a los más necesitados, “la enfermera perfecta jamás habrá hecho lo suficiente por el ser enfermo”.⁵⁴ Esta constante preocupación de aliviar el sufrimiento, no de intentar evitarlo atacando a las causas sociales y económicas, seguirá haciendo de los servicios hospitalarios y servicios sociales, servicios de beneficencia y de asistencia, esperando que el hipertecnicismo cambie la imagen que marcan los primeros, y que las corrientes políticas pongan en duda a los segundos. Esta fijación por el sufrimiento ayuda a no valorar nada más que los cuidados curativos y a no interesarse más que por el tratamiento de la enfermedad que produce el sufrimiento. Los cuidados que permiten la expresión del ser y parecer, valoran la imagen del cuerpo y el desarrollo de la persona, no llegan a encontrar su sitio en esta concepción, ni a demostrar su razón de ser. Todo esto retrasará otro tanto la creación de servicios de cuidados a domicilio polivalentes dirigidos a todas las clases sociales teniendo en cuenta sus ingresos como ocurre en los países nórdicos.

Estos mismos valores morales y religiosos han contribuido a forjar en el público una imagen social de la enfermera, basada en la abnegación y la disponibilidad transmitida por una literatura que remite a la profesión al modelo que ha difundido. “El papel maternal, la vocación y las cualidades que se requieren toman toda la importancia”.⁵⁵ Con el desarrollo de la seguridad social las esperas tácitas de abnegación y de disponibilidad que tenían los enfermos y las familias se irán convirtiendo progresivamente en exigencias, en derechos sin que por ello haya un estudio de las compensaciones necesarias, y aún menos de los límites de una función social tal, tanto para las cuidadoras como para los cuidados.

Como se puede constatar, estamos ante todo un sistema de condicionamientos en cascada que no pueden ser modificado más que por cambios de actitud de los que cuidan y de los que son cuidados, unidos a una comprensión de la naturaleza de los fenómenos presentados. Al analizar el *hecho social de la enfermería*, podemos ver que esta forma de estimar la práctica profesional ligada a valores morales y religiosos, ha influido en un principio, tanto en la actividad de las enfermeras hospitalarias como en la de las enfermeras visitadoras. Los textos dan fe de ello. Sin embargo, la evolución de estas dos formas de ejercicio, su bifurcación y después su separación, van a hacer que esta influencia repercuta de forma diferente.

Al mostrar cómo los valores morales y religiosos heredados del pasado han influido en la forma de entender la enfermería, no se trata de ninguna manera de negar la necesidad de un cuestionamiento ético de la práctica profesional, sino de mostrar que este cuestionamiento está centrado mucho más y casi exclusivamente en lo que la enfermera es, más que en lo que hace, en el alcance social del acto que ella realiza al cuidar, siguiendo esta o aquella orientación y de esta o aquella forma. Preguntarse por el alcance social de la función que realiza exige por añadidura otras formas de cuestionamiento distintas de las transmitidas por ideologías de cualquier naturaleza. Esto exige, entre otras cosas, poder referir su forma de estimación a un gran campo de conocimientos diferentes, como los que salen del crisol de la vida en sus múltiples manifestaciones. Es aceptar que sus conocimientos puedan entrar en colisión con los valores morales tradicionales obligando a un nuevo cuestionamiento de su propia existencia, con respecto a la de los demás, sobre lo que decimos que queremos hacer queriendo hacerlo “por ellos” o “con ellos”.

FORMA DE VALORACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMERÍA INFLUIDA POR LA COOPERACIÓN MÉDICA

Devaluación de la enfermería, plusvalía del médico

La práctica de cuidados de la [mujer] enfermera → auxiliar del médico va a conocer alternativamente una devaluación y una valoración, y aun aquí, habrá una oscilación entre dos polos. De hecho, al no tener la enfermería un contenido profesional propio asegura, sin otra forma de valoración social que la del deber cumplido, un conjunto de actividades humildes y ocultas que reclaman todos los cuidados para el cuerpo enfermo: ocuparse de hacerle comer, del aseo, la eliminación, la ropa, mientras que el médico pasa, decide, controla y ordena. Para las enfermeras es “lo sucio, lo vergonzoso, lo secreto” de la miseria física, y para el médico, “lo limpio, lo confesable, la representación”.⁵⁶ Gracias al trabajo de la enfermería y por ése, el médico puede “curar” a los enfermos, no sólo cuidando de que se sigan sus prescripciones y de que se efectúe una vigilancia del tratamiento, sino simplemente porque el trabajo de enfermería garantiza una respuesta cotidiana a las necesidades vitales de los enfermos —alimentarse, lavarse, vestirse, levantarse— y esto sin por ello reconocer el carácter fundamental de estos cuidados, ni su absoluta necesidad.

Por tanto, si todos estos cuidados no aportan ningún crédito social a la enfermería, si bien a la vez son tomados en cuenta por los médicos, al mismo tiempo son considerados como tareas de bajo nivel que necesitan

poca capacidad, estos mismos cuidados contribuyen directamente a la valoración del estatus médico. Los médicos no dejarán de felicitarse de “la buena conciencia” de sus enfermeras, de “su habilidad” y, cómo no, de su dedicación; esto da nivel al servicio médico.

Del mismo modo, los médicos no dudarán en confiar pesadas responsabilidades a un personal preocupado por cumplir de la mejor forma posible lo que se les ordena: “la enfermera hospitalaria es la que asume toda la responsabilidad de conservar tantas vidas, de intentar tantas curaciones”.⁵⁷ Aunque estas responsabilidades pueden ser halagadoras para la enfermera, la mayoría de las veces es el médico quien les saca partido, ignorando casi siempre las precarias condiciones en las que se mueven las enfermeras para afrontarlas. De hecho, la enfermería da una plusvalía a la práctica médica, es su soporte, le proporciona una forma de legitimación al confortar la necesidad de recurrir a la ayuda.

Esta ayuda contribuye a proporcionar un esplendor social a los médicos, grandes sacerdotes de la ciencia, y a participar en todo un ritual de honor y de consideraciones: “El médico jefe tiene derecho a una particular cortesía. Es su superior, tienen que tenerle consideraciones, tratarlo como tal, ser las primeras en saludarlo por la mañana. Si están sentadas y él pasa junto a ustedes, deben levantarse, etc.”.⁵⁸

Valoración del estatus de la auxiliar por el reto de la técnica

Sin embargo, debido a esta cooperación, a esta dependencia de la práctica médica, la enfermería tomará una forma de valoración social distinta de la nacida de los valores morales. Centrada en los cuidados a los enfermos, la enfermería se constituyó en Francia desde principios del siglo xx, dependiendo de la prescripción médica, primero prescripción terapéutica, después prescripción al servicio de la investigación y del diagnóstico médico.

Al deber “prolongar la acción del médico” y cuidar debiendo “dedicarse a dar correctamente los cuidados prescritos por el médico”,⁵⁹ las [mujeres]-enfermeras → auxiliares del médico, tendrán que acceder al dominio del conocimiento, lo que desde las prácticas de las [mujeres] consagradas no se consideraba deseable ni necesario, al dominio del saber que es signo de la gracia de Dios. Este conocimiento sale de la fuente del maestro, de la fuente médica. El doble incentivo de este conocimiento y el deseo de acercarse a la valorada imagen del médico es lo que moverá a las enfermeras a adquirir una formación y lo que sustituirá progresivamente las motivaciones oblativas por motivaciones de desarrollo de las capacidades técnicas, dando así un poco de resplandor a la apagada imagen de la enfermera.

Por la cooperación médica, la [mujer]-enfermera, que por otra parte no tiene el recurso de ningún otro contenido profesional, de ningún otro conocimiento, intentará ser estimada, juzgada y apreciada en función de lo que le indique el médico, y de lo que ella aprenda de él. Este acceso a fragmentos del conocimiento médico le permite al mismo tiempo acercarse al médico, cosa que ansía, y separarse de su propio medio social participando en los ritos de iniciación de la institución cuidadora, estando cerca de los grandes sacerdotes, maestros de ceremonias de estos ritos.

Así, por curioso que pueda parecer a primera vista, la colaboración médica realza la imagen de la [mujer]-enfermera, y al mismo tiempo la hace más vulnerable, ya que ella no encuentra su valor en una función propia. La [mujer]-enfermera → auxiliar del médico, sumisa y dócil hacia los que sirve, al mismo tiempo que los venera con admiración y envidia, agranda su imagen incurriendo en el riesgo de no desarrollar ningún juicio, ninguna curiosidad de espíritu, ninguna pregunta distinta de lo que sirve para la aplicación y la vigilancia de los tratamientos indicados; cosa que por otra parte se había desaconsejado o rechazado debido a la influencia de los valores morales.

Al no tener más alternativa que el discurso moralizador, poco a poco las enfermeras encontrarán en los tecnicismos una compensación a la servidumbre del cuidado a los enfermos. Harán de este tecnicismo el objetivo prioritario de su formación, contribuyendo así a hacer de ellas buenas o incluso excelentes ejecutoras de los médicos, y constituir poco a poco un cuerpo de auxiliares médicos que tienen una identidad médica procurada, convirtiéndose después en la primera y más importante de las “profesiones paramédicas”.*

Tras la separación de las enfermeras visitadoras que en 1938 se unieron con las asistentes sociales,⁶⁰ las enfermeras hospitalarias ven confirmar todavía más su función de auxiliares de los médicos. La ruptura entre el ejercicio profesional en el hospital y fuera de él, entre el “sanitario” y “el social”, contribuyó a empobrecer considerablemente la enfermería en el hospital, desposeída de todo el contenido social de los cuidados, viéndose sustituida por eso por la asistencia social hospitalaria. Más que nunca, la enfermería tendrá por objeto el tratamiento de la enfermedad considerada aisladamente. En consecuencia, la búsqueda de un desarrollo profesional se orientó hacia el hipertecnicismo. En efecto, la valoración de las técnicas de investigación y de curación de la enfermedad desarrolló en el hospital servicios que requerían una gran competencia

* Este término es propio del país de la autora y no existe en los países donde la profesión ha desarrollado un contenido propio de cuidados de enfermería.

técnica. Esta búsqueda de competencia técnica satisface a la vez el deseo de valoración profesional y el deseo de valoración de la mujer entre las enfermeras. Al no haber desarrollado una competencia propia que pudiera probar la aportación científica de la profesión a los enfermos y a sus familias, no más que en el terreno de la prevención, y con la aparición de movimientos femeninos que intentaban valorar la situación de la mujer en la sociedad, las enfermeras intentaron asentar su notoriedad adquiriendo un saber cada vez más elaborado en el terreno de la tecnología de punta. El efecto de esto fue una devaluación de los servicios de cuidados que no requerían de este hipertecnicismo como los servicios de cuidados a domicilio, los servicios de Protección Maternal e Infantil, y de Sanidad Escolar, al igual que los servicios de cuidados a las personas de edad avanzada.

Valor económico de la enfermería relacionada con la doble filiación conventual y médica

La enfermería sigue vinculada a la concepción del servicio a los pobres y a los socorridos, ya sea en el hospital o en los medios más desfavorecidos. Además, el reconocimiento del valor económico de los cuidados de la enfermera mantiene la mayoría de las veces su carácter gratuito, siendo así prácticamente hasta la Segunda Guerra Mundial.

Durante años, esta práctica escapó a toda legislación laboral, ya que no se consideraba en sí misma como un trabajo en el sentido en que se define en esta legislación. Durante más de medio siglo, la enfermería permaneció al margen de las leyes de la protección del trabajo de la mujer (1892), del trabajo nocturno, del contrato laboral y del salario (1899), del descanso semanal (1906), de la duración del trabajo (1919, 1936), de las vacaciones pagadas (1936). Incluso a finales del siglo xx, el ejercicio profesional sigue estando separado de las legislaciones más antiguas, como la protección del trabajo de la mujer y el trabajo nocturno. Sin hablar de la falta de conciencia de las enfermeras de su inserción en el mundo del trabajo debido a los ideales traídos de los valores morales y religiosos, y también del modo de formación inspirado en un pasado conventual, formación que mantenía a las alumnas-enfermeras fuera de la vida cívica y social, manteniéndolas apartadas, separadas de otros grupos sociales, y de otros tipos de actividades.

Todo esto explica por qué, prácticamente hasta la Segunda Guerra Mundial, la enfermera recibía una remuneración en especies a cambio de su trabajo: comida, vestido (uniforme de servicio, uniforme de calle),⁶¹ generalmente teniendo posibilidades de lavado, mantenimiento y vivienda. Durante mucho tiempo, las enfermeras hospitalarias fueron

alojadas bajo los techos del hospital, o en habitaciones situadas a veces en los servicios. Salvo algunas excepciones, sólo alrededor de la década de 1950 se empezaron a construir hogares de enfermeras, alguno de los cuales será en principio gratuito a cambio de obligaciones, de servicios de guardia o de noche.

El costo económico de la enfermería empezará a estimarse en valor monetario por dos aspectos:

- El ejercicio liberal de la práctica profesional.
- El principio de los salarios, con las cargas sociales correspondientes.

El ejercicio liberal de la práctica profesional

Como se ha mencionado anteriormente, no hay organizaciones de cuidados a domicilio como las que existían en Inglaterra o en los países nórdicos, aparte de los cuidados de los enfermos de familias pobres, que seguían dando las hermanas gratuitamente al tener implantado su dispensario-escuela en los barrios populares de las ciudades o en el campo. Por el contrario, existen “gardes en ville”* que, a título personal, ofrecen a las familias la posibilidad de ocuparse de su enfermo por hora o por día. Una nota de *l’Infirmière Française* de 1934 da una idea de su tarifa en la región parisina.⁶² Desgraciadamente, la base de cálculo de estas tasas fijadas por horas y no por actos, y proporcionales a los ingresos de las familias, no se han mantenido para el pago de los cuidados a domicilio. Para explicarlo se pueden invocar diversas razones: la imposibilidad de determinar la naturaleza de los cuidados que hay que proporcionar y de justificar su necesidad, la independencia de que se hubiera beneficiado la enfermería frente a la prescripción médica, pudiendo ser capaz la enfermera de proponer cuidados y pudiendo también evitar que aparezca una enfermedad. Esto es difícil de conciliar dentro de un sistema de salud centrado en la enfermedad. También se puede recordar que al ofrecer estos cuidados a título personal, no hay ninguna forma de asociación para estudiar las modalidades de un consenso y defender cualquier finalidad.

Los cuidados proporcionados por las enfermeras empezarán a tener precio al hacerse más médicos y al dividirse en tareas. Inspirándose en la práctica liberal de la medicina y dependiendo directamente de la prescripción médica, las enfermeras fijaron un precio indicativo para estos actos-de-cuidar. Todo ello sin reconocer un tiempo remunerado, comparable a una consulta médica donde existe la posibilidad de reconocer y valorar financieramente un tiempo por la escucha, el diagnóstico, la prescripción, el consejo y la reflexión necesaria para toda práctica curativa.

* Personas que cuidan enfermos en la ciudad. (*N. del T.*)

Hay que señalar que el valor indicativo de las tareas-de-cuidar empezó a establecerse a partir de la generalización de los instrumentos médicos para dispensar actos-de-cuidar bajo prescripción médica (instrumentos y aparatos para tratamientos: jeringas, material de curas...). Así, poco a poco, se fue elaborando una nomenclatura “*de actos médicos que pueden ser ejercidos por un auxiliar médico cualificado*” como confirma jurídicamente el decreto del 31 de diciembre de 1947.

El cuidado se identifica aquí con el acto-tarea sin estimar el valor económico del tiempo real que requiere ni la forma de determinar este tiempo. La tarea de cuidar se desconecta de cualquier consideración del contexto en que se inserta, puesto que no se le reconoce ningún tiempo para escuchar, ningún tiempo para entender la naturaleza de los problemas de la persona enferma o disminuida físicamente y de sus allegados, ningún tiempo para los consejos y las explicaciones, dando lugar a un ajuste monetario, como en el caso de una consulta o una visita médica.

Todo lo que se hace alrededor del acto-de-cuidar, y que le da sentido, “cae por su propio peso”, denota una conciencia profesional, un sacrificio, no una necesidad absoluta de un tiempo de conversación y reflexión, comprometiendo tanto al que es cuidado como al cuidador a estudiar cómo resolver o solucionar los problemas de la vida cotidiana, que vienen a perturbarla con la enfermedad o los defectos físicos. O bien, como ocurre con frecuencia por las razones anteriormente citadas, la prestación se limita al acto-de-cuidar, lo que no representa de ninguna manera una práctica profesional.

Además, el acto-de-cuidar permanece ligado a la prescripción médica para conseguir su abono por parte de los organismos habilitados, sean de la naturaleza que sean, como la necesidad de cuidados de higiene o acciones para la prevención y la educación sanitaria.

Aun actualmente, el kilometraje recorrido en el transporte sigue siendo el único modo de reconocer económicamente a la enfermería a domicilio, de la que, en los Centros de Salud, todavía tienen que quitarse las deducciones.

Estamos ante el reconocimiento de un “acto médico” cumplido por mandato, por delegación, sin tener un contenido definido de enfermería, reconocido y valorado económicamente como tal. De hecho, esta situación debe atribuirse a la falta de desarrollo de un contenido profesional de la enfermería debido a los numerosos factores nombrados anteriormente que han actuado sobre esta profesión.

Los salarios de las enfermeras

Esta cuestión preocupó en primer lugar a las enfermeras visitadoras que, como se puede ver en *l'Infirmière Française*, se inquietaron por los

bajos sueldos que recibían, defendiendo la necesidad de unas condiciones de vida favorables para ejercer una práctica profesional de calidad.

“Este hecho indispensable consiste en permitir a la enfermera vivir en una vivienda sana, agradable, que ofrezca sin fatigas suplementarias, la posibilidad de realizar su higiene corporal, de alimentarse de tal forma que las fuerzas físicas, que se ponen a prueba sin cesar, no declinen, vestirse sin verse obligada a realizar largas tareas de costura tras una jornada llena de fatigas corporales y morales, poder dedicar un tiempo regular a los deportes, garantizar el reposo necesario y concederse algunas distracciones sanas y artísticas para la higiene intelectual y moral del individuo, sin olvidarse de prever la enfermedad y la vejez. La realización completa de este programa es imposible, cuando los sueldos de la enfermera son muy bajos; sin ninguna remuneración en especial (vivienda, calefacción, alumbrado).”⁶³

Las enfermeras hospitalarias “beneficiarias” de remuneraciones en especial reaccionarán mucho más tarde. Las primeras preocupaciones financieras aparecerán para estas últimas, con el deseo de crear una pensión de jubilación y con el inicio de las cotizaciones a las cajas de pensiones.⁶⁴ No es sino con las leyes reguladoras de la hospitalización pública y especialmente con la ley del 8 de abril de 1946, que obligaba a los hospitales a contratar personal diplomado de Estado, que se reconocieron oficialmente las normas de los salarios, establecidas después para el personal de enfermería. El trabajo está entonces remunerado en función de un número de horas de trabajo semanal (con frecuencia sobrepasadas sin indemnización por las horas suplementarias), 48 horas a partir de 1953, después 45 y 40 horas a partir de 1968. Asimismo tienen derecho a vacaciones pagadas.

Las normas de la hospitalización pública sirvieron de referencia de base al convenio colectivo de la hospitalización privada firmado el 30 de noviembre de 1951.

En cuanto a los servicios del sector extrahospitalario, tenían reglas muy variables, ya que todavía estaba en servicio el P.M.I. y el servicio escolar de remuneración en las vacaciones; sin hablar de las dificultades de la titularización, de las obligaciones contractuales, ni de la inexistencia del reconocimiento de índices salariales idénticos a los del sector de hospitalización pública para el sector público de las colectividades locales. Además, había una penalización para el ejercicio de la enfermería en estos sectores ya que los índices salariales, cuando se establecen —como para el servicio de higiene escolar—, son legalmente inferiores a aquellos del sector hospitalario.

En cuanto al ejercicio profesional como servicios de empresa, no se conoce ninguna base salarial legal para el personal de enfermería que

ejerce en este campo. La determinación de esta base es dejada a la libre elección del empresario, así como el reconocimiento del estatuto de la categoría socio-profesional donde se encuadran: supervisores, miembros del personal,⁶⁵ a menos que existan convenios colectivos, pero incluso en este caso el personal de enfermería está asimilado a una categoría profesional diferente.

El costo de la masa salarial del personal de enfermería en un sector determinado puede permitir un cálculo global del costo de este personal en términos de “mano de obra” de “fuerza de trabajo”, pero por ello no hay una estimación del costo de su función, del costo del valor económico de la prestación que ofrece este personal. En el hospital, sólo está determinado el costo de los aparatos, el costo de los medicamentos y del material que sirve para los cuidados terapéuticos, mientras que las enfermeras, por otra parte, no tienen ninguna idea y no se sienten de ningún modo relacionadas con la gestión financiera del servicio que ofrecen, mientras que no se encuentran ellas mismas directamente implicadas en el aspecto financiero de la gestión de un servicio de cuidados, como es el caso de los cuidados a domicilio.

Hasta nuestros días —a menos que se vean obligadas por razones personales: enfermeras liberales, o de vida de servicio: enfermeras de Centros de Salud— las enfermeras no hacen ningún cálculo financiero del costo de un servicio y no sienten que cobran de él. Las razones van más allá incluso de causas como el trabajo profesional no identificado, la formación, la impregnación en los valores morales, el desconocimiento de la legislación del trabajo, adquieren unas raíces muy profundas en el hecho de que el trabajo de la mujer jamás ha estado valorado en términos de valor económico: alimentar, criar, educar a los niños tiene quizás un valor social reconocido pero ninguna estimación económica. Todo el trabajo de prevención, de educación sanitaria, de cuidados para el mantenimiento de la vida que tiene que ver con el trabajo milenario de la mujer, no ha encontrado todavía su forma de valoración económica y su necesidad no ha sido justificada por la enfermería.

NOTAS

1. Michelet J., *op. cit.*, p. 285.
2. *Infirmières*, *op. cit.*, p. 9, escrito en 1958.
3. *Ibid.*, p. 19.
4. “Allocation prononcée par M. le Professeur Léon Bernard à l’Assemblée Générale de l’ANIDEF”, junio 1926, *Infirmière Française*, 1926, p. 197.
5. Confirmada por la Ley de Combes en 1901. Se encuentra por primera vez el término “paramédico” en *l’Infirmière Française*, en 1931.
6. Ehrenreich B., *op. cit.*, p. 1680.

7. Muller M., "La responsabilité morale et professionnelle de l'infirmière", *Infirmière Française*, 1934, pp. 38-39.
8. Hamilton A., *op. cit.*
9. Calmette A., Anteproyecto del primer número de *l'Infirmière Française*, 1923-1924, p. 2. Hay que señalar que el profesor Calmette, médico, es quien escribe este anteproyecto para las enfermeras.
10. Can Swieten Dr., "Ce que nous attendons des infirmières", *Infirmière Française*, 1924-1925, p. 283.
11. "Morale Professionnelle. Attitude et maniere d'être vis-a-vis des malades", *Infirmière Française*, 1926, p. 445.
12. "Assemblée Générale de l'Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'Etat Français", *Infirmière Française*, 1926, p. 196.
13. Chaptal Mlle, "L'infirmière visiteuse d'hygiène sociale", *Infirmière Française*, 1925-1926, p. 299.
14. "Ce que nous attendons des Infirmières", *Infirmière Française*, 1924, p. 282.
15. Taylor E., *Les devoirs d'une surveillante*, *Infirmière Française*, 1923-1924, p. 165. Este texto está adaptado de un texto del *American Journal of Nursing*, no. 10, 1922, lo que demuestra que el modelo conventual ha seguido teniendo una influencia en los diferentes países de la sociedad occidental, durante mucho tiempo después de que las religiosas hayan abandonado los hospitales.
16. Viollet Mme E., *Les maladies de l'esprit* *Infirmière Française*, 1927, p. 61.
17. Chaptal, "Morale professionnelle de l'infirmière", *Infirmière Française*, 1923-1924, pp. 34-35.
18. Chaptal "L'obligation du secret professionnel", *Infirmière Française*, 1923-24, p. 123.
19. Martin-Fugier A., *La place des bonnes*, Paris, Grasset. 1979, p. 158.
20. "La mission de l'infirmière", respuesta de una enfermera *Infirmière Française*, 1934, pp. 27.
21. Greiner Mlle, "Conférence de Morale Professionnelle", *Infirmière Française*, 1936, p. 105.
22. "La mission de l'infirmière", *Infirmière Française*, 1934, p. 272.
23. R. Mére Catherine de Jésus, *Au chevet de la souffrance*, Paris, La Colombe, 1^{re} édition 1936. (En 1955, se reeditó por 5^a vez.)
24. *Ibid.*, p. 102.
25. Fritsch Y., "La polyvalence", *Infirmière Française*, 1938-1939, p. 114.
26. Gouin Mlle, "Le service social à l'hôpital", *Infirmière Française*, 1925-1926, p. 303.
27. Chaptal Mlle, "Force de caractère, empire sur soi, au point de vue professionnel: le sang froid", *Infirmière Française*, 1924-1925, p. 521.
28. Chaptal Mlle, "L'orientation vers la carrière des infirmières professionnelles", *Infirmière Française*, 1927, p. 46.
29. "Compte-rendu de la reunion annuelle des directrices et monitrices d'écoles d'infirmières", *Infirmière Française*, 1937, p. 420.
30. "Ecole des Infirmières de l'Assistance Publique de Paris" Paris, Berger- Levrault, 1909, p.46.
31. *Ibid.*, pp. 29-30.
32. Fumey Mlle, "Rôle de la monitrice dans une école d'infirmières", *Infirmière Française*, 1936, p. 219.
33. Greiner Mlle, *op. cit.*, *Infirmière Française*, 1936, p. 102.

34. Sebileau, Dr, *Ecoles des, Infirmières de l'Assistance Publique*, op. cit., p. 46.
35. Ehrenreich B. y English D., op. cit., p. 1680.
36. Hamilton A. op. cit., soins, t. 22, no. 23, p. 48.
37. Sebileau Dr., Assistance Publique de Paris, op. cit., p. 46.
38. "Allocation du Docteur Jules Renault. Assemblée Générale Statutaire du 5 mai 1929 le l'ANIDEF", *Infirmière Française*, 1929, pp. 221-222.
39. Ver *Infirmière Française*, 1929, pp. 164-172 y 317-322.
40. Joanon Dr. P., Les infirmières "polyvalentes", *Infirmière Française*, 1930, p. 367.
41. Greiner Mlle, op. cit., *Infirmière Française*, 1936, p. 107.
42. Sebileau Dr, op. cit., p. 49.
43. Bernard Pr. L., Alocución pronunciada a la Asamblea General del ANIDEF, de junio de 1926, *Infirmière Française*, 1926, p. 199.
44. Krebs-Japy, Mme "Quelques réflexions autorisées", *Infirmière Française*, tomo 1, 1923-1924, p. 31.
45. Asamblea General del ANIDEF del 6 de abril de 1930, *Infirmière Française* 1930, p. 217.
46. Chaptal Mlle, "Morale professionnelle de l'Infirmière". *Infirmière Française*, 1923-1924, p. 35.
47. Como señala Anne Martin-Fugier para las sirvientas de la misma época. op. cit., p. 28.
48. Greiner Mlle, op. cit., *Infirmière Française*, 1936, p. 103.
49. Van Swieten Dr, op. cit., *Infirmière Française*, 1924, p. 284.
50. Barjon Dr. F., "Discours prononcé à la clôture des examens d' état de la Faculté de Médecine de Lyon, le 8 novembre 1930", *Infirmière Française*, 1930, pp. 462-463.
51. Encuesta sobre las cualidades de la enfermera R.I.A.S. Septiembre-Octubre, 1964, p. 570, ver anexos.
52. Es interesante consultar para este tema todos los textos de *Moral profesional de la enfermera* de L. Chaptal, publicados en *l'Infirmière Française*, así como aquellos que han servido de modelo y de punto de referencia a la profesión, tanto respecto a la formación como al ejercicio profesional.
53. Ejemplos: Boltanski L., *Prime éducation et Morale de Classe*, Paris, Ed. Mouton, 1969.
- Lory B., *Politique d'action sociale*, Paris, Ed. Privat, 1975.
54. "L'infirmière parfaite", *Infirmière Française*, 1927, p. 351. Ver Anexos.
55. Parrot A., *L'image de l'infirmière dans la société*, Paris, Le Centurion, 1973, p. 13.
56. Martin-Fugier A., op. cit., p. 194.
57. Sebileau Dr, op. cit., p. 47.
58. *Au chevet de la souffrance*, op. cit., p. 76.
59. Ver nota 33, Greiner Mlle, op. cit., p. 102.
60. Decreto del 18 de junio de 1938.
61. Uniformes de la Asistencia Pública de la Cruz Roja.
62. "Tarif adopté par les écoles qui placent leurs anciennes élèves dans la région parisienne", *Infirmière Française*, 1934, p. 228.
63. Mlle, Gambe Mlle, Delegrande., "Les Ecoles d'Infirmières et l'enseignement de l'hygiène", *l'Infirmière Française*, 1924-1925, p. 349. Desgraciadamente el texto no comenta la tasa de salarios que considerarán aceptables para realizar este programa. ¿Lo han calculado?
64. *Infirmière Française*, 1928, pp. 261-263.
65. Categorías socioprofesionales como las definidas por el INSEE (Instituto Nacional de Estadística y Ciencias Económicas).

5

Prevalencia de los roles como forma de identificar los cuidados

El rol está ligado a la idea del personaje.

Como se suele describir, lo que se espera del rol tiene una particular importancia para la imagen de la mujer en la sociedad.¹

Al observar la evolución de los cuidados proporcionados por mujeres, podemos preguntarnos por qué han estado durante tanto tiempo ligados a un rol en vez de haber sido aclarada su naturaleza, su significado, sus efectos o sus limitaciones, al menos tras la aparición del proceso de profesionalización.

El concepto de rol es complejo por sí mismo y tiene, al menos, una doble connotación, la *social* y la *individual*. La primera es la expresión del cumplimiento de una función social; depende entonces de su naturaleza y de la manera de atenderla; puede dejar una parte más o menos grande al rol individual a condición de que este último no lo contravenga, pero, sobre todo, depende del lugar tomado por los actores para determinar su función. Al preguntar a la historia, se puede ver que el rol social de las mujeres cuidadoras ha sido totalmente modificado con el cambio de la función social introducida por las [mujeres] consagradas y que, con ellas, se ha transformado también por completo la parte del rol individual, es decir, la manera de representar personalmente el social.

El rol vinculado a un conjunto de actividades reconocidas

Los *cuidados habituales de la vida cotidiana* están relacionados con las prácticas alimentarias y con el uso de todo aquello que concierne al cuerpo: aseo, masajes, cuidados estéticos; estas prácticas son tan corrientes que *no hay una separación entre la persona que las realiza y la práctica en sí*. Esto se puede comprobar hoy en día en un gran número de actividades de las mujeres, tan usuales que se identifican con ella misma. Así, una

comida bien preparada se relaciona con una buena ama de casa y a la inversa, una buena ama de casa se relaciona con una comida agradable y bien preparada: ambas cosas se confunden, la práctica da lugar al rol y el rol determina la práctica.

Además, los cuidados proporcionados por las mujeres, al no ser un objeto de comercio, tienen *un valor de uso*. Por tanto, no se puede separar a quienes los cuidan de una realidad comercial de la que estas prácticas no son objeto. Es más, durante cientos de años, *la mujer por sí misma ha presentado un valor económico*, precisamente por lo que sabe hacer. Ella y todo lo que representa se cambia por una dote. También es ella quien más tarde aportará, además de todo conocimientos y habilidades, “los instrumentos” indispensables para las tareas domésticas habituales que aseguran el mantenimiento de la vida: utensilios de cocina, de limpieza (la famosa escoba de la casada, que formó parte de los mayores atributos de la hechicera durante la condenación de las mujeres curanderas), la ropa, por citar sólo los más comunes. Por lo tanto, está asociada directamente a los objetos habituales que utiliza.

Alrededor de la fertilidad, cuyo símbolo representan, *las mujeres construyen su rol social a partir de un conjunto de actividades* dirigidas a asegurar la continuidad de la vida. Son estas actividades las que guían sus actitudes y comportamientos. La función consagra su estatus social diferenciado según la edad, ya sea esposa, madre, abuela o suegra. La variedad de los estatus sociales hace variar el rol, mientras que al rol individual le queda un lugar importante que favorece la iniciativa y la creatividad, permitiendo descubrir y acumular un saber que contribuye a enriquecer la función y desarrollarla. Por desgracia, este saber, salvo en algunas raras excepciones, no podrá acceder a la escritura. Todas las prácticas de cuidados *administrados por mujeres fueron transmitidas por tradición oral*. Éstas no fueron escritas, y si hay algún registro, éste relata prácticas conocidas por las mujeres, pero al ritualizarse caerán poco a poco bajo el control de los monjes y de los sacerdotes.² A partir de la Edad Media serán ellos los guardianes de las tradiciones, quienes tendrán que mantenerlas según los criterios de los comportamientos sociales que preconizan.

“Los clérigos (en el más amplio sentido de la palabra), al componer listas de proverbios (herencia directa de la tradición oral),³ hacen una selección de las máximas de los griegos y de los romanos, leen con una especie de clave los libros del Antiguo Testamento, y poniendo por escrito las dicciones cotidianas, son libres de formularlas a su antojo y de agravar su virulencia.”⁴

Son los sacerdotes y los clérigos, y sólo ellos, quienes deciden si es adecuado o no conservar los conocimientos transmitidos por las mujeres,

modificándolos y, la mayoría de las veces, rechazándolos. Todo favorecía esta situación prorrogada durante varios siglos, pues la mujer estaba considerada como un ser inferior sin disfrute de ninguna capacidad jurídica. Por lo tanto, con excepción de las mujeres que osaron transgredir este orden social, no *manejaron ningún escrito, no es patrimonio suyo; a fortiori* todo lo concerniente a los cuidados corporales, era juzgado como atentado grave en contra de la fe. “Las comadronas son las que más dañan la fe.”⁵ Como no disponían de la escritura y estaban incluso apartadas de ella, a las mujeres les resultaba imposible desarrollar un análisis de la función social y económica de los cuidados que ofrecían. Entonces era fácil confinarlas a un *rol decretado* por los que cuidaban celosamente de mantener su dependencia, esforzándose en poner trabas a todo deseo de evolución de su parte.

El rol vinculado a un conjunto de conductas y actitudes

Tras el desmantelamiento de la brujería, con la Contrarreforma las [mujeres] consagradas aumentaron el campo de sus cuidados, tanto en las instituciones hospitalarias con la extensión de las Congregaciones, como en el medio rural con la creación de las Hermanas de la caridad; ellas se convirtieron en el modelo de referencia de los cuidados proporcionados por mujeres. Este modelo es la traducción de un rol determinado por una doctrina que prescribe un conjunto de comportamientos y de actitudes. Estas conductas de renuncia y de olvido de sí son las que generan actividades de beneficencia, de socorro a los afligidos, que encuentran su compensación en la dedicación a los demás. Al contrario de lo que pasaba anteriormente con las [mujeres] consagradas, la función social se origina de alguna manera por la vocación de servir y por el rol prescrito, decretado y definido por un conjunto de reglas que guían el comportamiento y sirven para garantizar el mantenimiento de la vocación. De estas reglas se pueden deducir un conjunto de atribuciones y deberes obligatorios, que dan lugar a actividades poco diferenciadas encargadas de llenar, junto con la oración, toda la vida.

Este rol social es *inmutable y lineal*, es decir, que sin referirse a la experiencia vivida por su propio cuerpo, no se modifica en función de la edad. Dejando aparte la eventualidad de un ascenso en la jerarquía, se puede esperar de la [mujer] consagrada el cumplimiento de la misma función toda su vida. También es lineal, ya que recurre a un solo estatus, el de la [mujer] consagrada, frente a la variedad de estatus existentes a medida que transcurre su vida, lo que lleva consigo una variedad de roles y de expectativas de éstos. La expectativa confiada a las [mujeres] consagra-

das es, y sigue siendo, la disponibilidad total y el don gratuito. Aun así, es una actitud que sigue garantizando un rol, más que unas actividades concretas.

A esto se añade, en el caso de las religiosas congregantes, *la inmovilización de su rol* en el espacio debido a la clausura, como muestra Anna Hamilton: “debido a la clausura, a estas religiosas les está prohibido cualquier paseo, por lo tanto, nunca salen de la atmósfera hospitalaria desde el día de su ingreso hasta su muerte. Les está negada toda enseñanza profesional; sólo la antigua rutina, transmitida de las veteranas a las novicias, preparará a estas últimas para su función de enfermeras”.⁶ Cuanto menor sea la posibilidad de desplazarse y la tolerancia para conocer otras influencias, más se reduce su función a convertirse en un modelo social que hay que adquirir por mimetismo, excluyendo toda imaginación y curiosidad. La concentración del ejercicio de una función exclusiva en un espacio único da lugar a una enorme pobreza en la manera de ejercer este rol y la reduce a un comportamiento del que es prácticamente imposible escapar.

El rol definido por las reglas conventuales no deja prácticamente sitio al *rol individual*, cuando no lo excluye totalmente. Como este tipo tiene por objetivo determinar los comportamientos que dan lugar a una función social, no deja a los actores la posibilidad de manifestar su manera de interpretar el papel ni sus ideas para ejercer su función. Sólo puede haber una forma de interpretar el rol: la que se diferencia es considerada insólita, amenazante, incluso traidora a la interpretación.

Por el contrario, *el rol individual está revestido constantemente del rol social*: el personaje de “la religiosa” o de “la hermana” representa con frecuencia, dentro de su individualidad, al conjunto del modelo social, de los cuidados ofrecidos por las [mujeres] consagradas. La personalidad no se puede individualizar, debe borrarse y desaparecer para hacer sitio al rol social que ella representa y garantiza. Por ello, la regla se dirige a cada persona en su individualidad, pues se le pide seguir la forma dictada por el rol social, reflejando su propia conducta. Lo mismo ocurrirá con la [mujer] enfermera, donde las reglas de la moral profesional relevan a las conventuales.

Como se puede comprobar, el rol definido por las reglas conventuales de las [mujeres] consagradas que dan origen a la función social de asistencia a los pobres es de naturaleza muy diferente del rol diversificado, reflejo de las actividades de las mujeres, elaboradas a partir de todo aquello que puede contribuir a asegurar la continuidad de la vida en sus varias manifestaciones. Estos roles, transmitidos ambos por herencia cultural, por vías diferentes situadas en un periodo muy antiguo o reciente, no son portadores de las mismas concepciones ni valores, y no representan de ninguna manera la misma forma de expresión.

Es importante analizar ahora cómo el predominio del rol de las [mujeres] consagradas ha influido de forma determinante en el proceso de profesionalización de las [mujeres]-enfermeras → auxiliares del médico.

Función de la [mujer]-enfermera → auxiliar del médico: base del proceso de profesionalización

Alrededor del “*rol de la enfermera*” se construye todo el proceso de profesionalización. El papel hasta entonces unificado de las [mujeres] consagradas, reviste dos aspectos: el *rol moral* y el *rol técnico*, siendo el primero el más importante y debiendo éste alimentar constantemente y servir de guía al segundo.

Bien sea por la formación, el reconocimiento jurídico del ejercicio profesional, los organismos representativos o las publicaciones, *la profesión se determina alrededor de la enfermera* que garantiza una práctica de aplicación de cuidados con la que se confunde.

LA FORMACIÓN

El rol forjado por la homogeneidad del espacio y del tiempo

La formación que empezó a finales del siglo XIX se da en instituciones cuya denominación se refiere a la persona que se forma, no a lo que aprende o a la prestación que ofrece la profesión o a la función que va a desempeñar. Al contrario de lo que ocurre en otras escuelas profesionales —Escuelas o Facultades de Medicina, Química, de Artes y Oficios— las que preparan para la práctica de enfermería son Escuelas “de enfermeras”.⁷ Esta denominación las hace aparecer como lugares donde van a aprender a convertirse en “la enfermera”. Además, no se va a las escuelas “de enfermeras” como se va a la “facultad”, o a tal o cual instituto de formación profesional, sino que se “ingresa” (como se ingresa en un convento). En efecto, de lo que se trata es de un ingreso, siendo la escuela⁸ y el hospital el centro único e indiferenciado donde se aprende el rol de la enfermería. Este último se adquirirá aún mejor cuando todos los aspectos de la existencia se inscriban en este mismo marco, de ahí la recomendación —si no la obligación— de la vida en el internado: “*el régimen de internado nos parece muy deseable para la mejor formación de las alumnas*. La vida en común es una dura escuela para la formación del carácter cuando ya no se tienen veinte años, y preserva el trabajo y el descanso según el *reglamento interior de la escuela*”.⁹ Por otra parte, la vida en el internado permite ejercer una influencia total sobre la alumna. A la pregunta planteada durante

una reunión de directores: “¿Cuál es la mejor manera de tener bien controladas a sus alumnas?”, se respondió: “la señorita Chaptal piensa que la mejor manera de mantener una cohesión entre la directora y la alumna es la influencia que ejerce la directora personalmente, *por eso el futuro está en el internado*”.¹⁰

Con la escuela y su internado, el hospital es un lugar privilegiado para el aprendizaje del rol que se espera de las enfermeras. Allí, ellas estudian lo que se espera de su papel aprendiendo a situarse frente a los diferentes actores de la institución hospitalaria, donde tienen que encontrar la forma de ajustar dentro de su práctica tanto el rol moral como el técnico. Pero el hospital no sólo es un lugar de aprendizaje recomendado para las enfermeras hospitalarias, también es exigido imperiosamente para las enfermeras visitadoras.

Es interesante señalar la creciente asiduidad con la que frecuentemente se ha recordado la importancia de una formación en el hospital para las enfermeras visitadoras. “*La importancia de una base hospitalaria completa para el trabajo de la enfermera visitadora*”.¹¹ Uno se puede preguntar qué es lo que suscita tal insistencia. A primera vista, se puede explicar por un concepto que persiste, y es que cuidar es aliviar el sufrimiento más que intentar evitarlo; así se le dice a la enfermera hospitalaria y a la enfermera visitadora: “la enfermera está llamada a aliviar el sufrimiento”.¹²

¿No es el hospital un centro donde se reúnen seres enfermos, siendo entonces, por excelencia, conveniente para la formación? Pero sobre todo, la literatura profesional confirma que *el hospital es verdaderamente el centro que permite que la enfermera aprenda su rol*. Es aquí en donde la enfermera visitadora debe aprender de forma segura la actitud que *deberá* tener hacia los enfermos que verá a domicilio, las familias y los médicos. Aquí y sólo aquí estará como la enfermera hospitalaria, totalmente revestida de un rol social que después podrá transmitir en todas las situaciones. “El hospital es el lugar de elección donde se puede enseñar la moral profesional”; además, “la formación hospitalaria constituye la *única* formación que debe servir de base a todo el servicio social, bien sea sanitario, social, o de cuidados”,¹³ ya que “la vida hospitalaria enseña *la actitud que debe tener la enfermera frente al médico* [...]”; esto le da a la enfermera este respeto y este porte exterior, y le enseña a no criticar ninguna orden o tratamiento procedente de un médico, sea el que sea. *Nada como el servicio hospitalario, para enseñar la forma de actuar frente al cuerpo médico donde la autoridad del jefe se transmite por grados de jerarquías, donde la enfermera no trata al médico desde un punto de vista mundano, sino con una actitud reservada y sumisa*”.¹⁴ Y *frente a los enfermos*: “al vivir todo el día bajo la mirada de su enfermo, la enfermera debe tener unos modales y una actitud

irreprochables para inspirar la autoridad y confianza necesarias; esto se mantiene cuando después debe contactar con las familias, donde debe afrontar todo el lado moral de su misión, donde la influencia y el razonamiento pueden tener una gran repercusión”.¹⁵

El hospital es el centro que garantiza no sólo el aprendizaje de un rol que llena un marco de condicionamientos homogéneos y uniformes, sino que también es donde se aprende a no derogar este rol. Cuando la adquisición de este rol-tipo está asegurada, las enfermeras visitadoras pueden franquear el recinto del hospital para ir junto a las familias e interpretar este rol tan asimilado, que regula actitudes y comportamientos. En su oportunidad les será posible controlar las situaciones a domicilio.

Además de la *unidad de espacio* que limita la visión del mundo a un sistema cerrado y reduce los comportamientos de relaciones a códigos de conductas muy definidos y casi invariables, hay una *homogeneidad en la forma de utilizar el tiempo*. Como señala la señorita Fumey: “todas las escuelas se parecen”, excepto algunas que tienen cursos por la tarde. Pero todas las jornadas de las enfermeras son idénticas en las diferentes escuelas, “todos los periodos de actividad se organizan siguiendo un programa estricto, de forma que de antemano toda tarea se enlaza con la siguiente en un momento determinado, conforme a un plan impuesto desde arriba por un sistema explícito de reglas, para responder así al objetivo oficial de la institución”.¹⁶ La organización del tiempo está prevista más allá del tiempo del hospital y del tiempo de los cursos,¹⁷ ya que el tiempo personal no se escapa de las manos a la institución-escuela, responsable de su uso juicioso, y de no favorecer la ociosidad (como salir con jóvenes de su edad).

Esta homogeneidad de tiempo y espacio condiciona a la futura enfermera a ajustarse a un rol social determinado que le asigna la escuela y la institución. Su visión del mundo es extremadamente limitada al estar privada de la influencia de los distintos medios de vida y formas de vivir; ahora bien, con esta visión se le pide “que observe a los enfermos y responda a sus necesidades”. No cabe otro planteamiento que no sea aprender lo que pasa en la institución. Además, el esquema de relaciones que construye no puede ser sino muy pobre y muy poco diferenciado. Como muestra Erving Goffmann, cuanto mayor sea la supresión que haga la institución del mundo exterior, mayor será “la tendencia de cada grupo social a hacerse una imagen estrecha y estereotipada de los demás”, haciendo que el personal no dude jamás de su buen juicio frente a los enfermos (aspecto reconfortante del papel social de que está revestido), y que los enfermos “se sientan inferiores, débiles, decaídos y culpables”.¹⁸ Esta homogeneidad de tiempo y espacio reforzada por el sentimiento de

tener una misión otorgada, contribuye a que el rol social del que está revestida la enfermera invada constantemente el terreno de su vida personal.¹⁹ Todos los espacios de su vida están invadidos por este rol hasta el punto de dar prioridad al “rol de enfermería” sobre otros papeles sociales: “Evidentemente, yo sabía que *en otros lugares* los chicos y las chicas de mi edad bailaban, iban al cine, jugaban al tenis, y también pensaba en los míos, en casa [...] pero ahora mire, sentí que ser enfermera era sin duda privarse de todo esto, pero que era también ser capaz a mi edad de realizar una tarea importante de la que dependía el bienestar, el estado de salud y el porvenir de todos estos niños; era responder a la confianza que se había depositado en mí”.²⁰ La alternativa de fundar un hogar, tener otras formas de vida complementarias o pertenecer a otros grupos sociales es muy difícil de conciliar y, por tanto, produce un sentimiento de culpa. Esto conduce la mayoría de las veces a pronunciarse de forma drástica, haciendo una elección por exclusión: ser enfermera y renunciar a lo demás, o “abandonar la profesión”.

Así, la homogeneidad de tiempo y espacio ayuda a establecer una función de enfermera sólidamente enraizada que invade a la persona en todo su ser, despojándola de su rol individual y reduciendo sus posibilidades de interpretar otros roles sociales. Por el contrario, cuando la homogeneidad de tiempo y espacio estalla y se diversifica, se abre una brecha para una variedad de papeles, y empieza a ser posible preguntarse por otra concepción del *ejercicio profesional*, sobre la *naturaleza de la función* que se ejerce. Esto es lo que les ocurrirá a las enfermeras visitadoras, que por estas razones se unirán a las asistentes sociales, pero aún necesitarán tiempo para atribuirse su “rol de asistente social”, y sobre todo para identificar la función de este grupo profesional.

El rol forjado a partir de la concepción de los programas de formación

Desde la circular del 28 de octubre de 1902 que crea oficialmente las escuelas “de enfermeras”, hasta el decreto del 5 de septiembre de 1972 que pone en marcha “el nuevo programa”, los proyectos de formación se elaboran alrededor del rol ideológico y moral de la enfermera, base de la aplicación de cuidados a los enfermos, y del rol técnico, base de la cooperación médica. Por otra parte, la contratación, la selección y la evaluación de las alumnas, se hará esencialmente, hasta los años 1968-1970, según las cualidades determinadas por el modelo ideológico de *la buena enfermera*, y no intentando desarrollar aptitudes y una competencia basada en unos conocimientos cuya significación la da la profesión en su práctica específica.

De hecho, *la formación es la que establece el rol de la enfermera* y ajusta a este papel la práctica de cuidados que proporcionan las enfermeras. El *rol social* vinculado al servicio a los enfermos da lugar a todos los otros roles referentes a los médicos y a la institución. Estos son dictados y definidos por las reglas de la moral profesional que asignan conductas y comportamientos bajo la forma de “deberes hacia”. Así podemos comprobarlo en uno de los libros más conocidos y utilizados de moral profesional,²¹ que se usa incluso en la actualidad, y donde, de 110 páginas de texto, 38 están dedicadas a los deberes de la enfermera y la asistente social, a los que se suman 7 páginas sobre sus responsabilidades; el resto atañe a las cualidades morales, los códigos profesionales de deontología profesional, y el secreto profesional. En todo el libro no hay ni una sola página o párrafo relativo a sus derechos. Nada mejor que este ejemplo para mostrar hasta qué punto está borrado el *rol individual*, al estar constantemente revestido del rol social, al igual que las [mujeres] consagradas. Las [mujeres]-enfermeras no son conocidas como mujeres que ejercen la enfermería, sino que toda su persona desaparece tras el personaje de “*la enfermera*”, clave de la definición de la profesión.

LA JURISDICCIÓN DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Al estar inspirada directamente en la concepción de una formación que intenta dictar conductas y determinar comportamientos, la DEFINICIÓN DE ENFERMERA constituye el criterio de base jurídica de la profesión. Mientras que el decreto del 27 de junio de 1922 ratificaba la formación profesional al instituir “*diplomas de capacidad profesional que permitían tener el título de enfermera diplomada del Estado francés [...] a las enfermeras hospitalarias, a las visitadoras de salud social y a diversas enfermeras de algunas especialidades restringidas*”, nada estipulaba la naturaleza de su función. A falta de poder precisar la función de la enfermería, la ley del 27 de agosto de 1943 Título II del Código de la Sanidad se refiere a la persona del enfermero o la enfermera para definir la profesión, Capítulo 1, Artículo L.473: *Se considera que ejerce la profesión de enfermero o enfermera toda persona que habitualmente proporciona ya sea a domicilio o bien en servicios públicos o privados de hospitalización o de consultas, los cuidados prescritos o aconsejados por un médico.*

Tendremos que esperar la ley del 31 de mayo de 1978 para que los esfuerzos de la profesión hagan que se reconozca “*un rol propio*” que corresponde al enfermero(a): “*Se considera que ejerce la profesión de enfermero o enfermera toda persona que en función de los diplomas que le habilitan, proporciona habitualmente cuidados de enfermería bajo la prescripción o el consejo*

médico, o bien en aplicación del rol que se le atribuye. Además, el enfermero o la enfermera participa en diversos actos, sobre todo en materia de prevención, de educación sanitaria y de formación u organización”.

A pesar del indiscutible progreso que representa la actual definición, es necesario señalar que todavía tiene por objeto a la persona del enfermero o enfermera, y que sigue elaborándose alrededor de un rol, sin precisar su función.* Sin duda, sólo presenta una etapa del desarrollo de una concepción profesional que se basa en la naturaleza de la prestación ofrecida, tal como ha llevado a cabo la profesión en algunos países, como Canadá, donde lo que se reconoce es el acto profesional. “El ejercicio de la profesión *de enfermero o enfermera lo constituye todo acto que tiene por objeto reconocer las necesidades de salud de las personas, ayudar en los métodos de diagnóstico, proporcionar y controlar los cuidados de enfermería que requiere la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la readaptación, al igual que aplicar cuidados según las órdenes médicas*”;²² o como en Suiza, donde lo que se hace explícito son las *funciones*.²³

Mientras que la aplicación de cuidados esté determinada por el rol y se confunda con la enfermera o el enfermero, el ejercicio profesional será susceptible de ser definido por reglas que prescriben “el(la) enfermero(a) debe [...]”.

REPRESENTATIVIDAD

Otra etapa del proceso de profesionalización es la de dotarse de grupos representativos. No sorprende ver que el primer grupo se constituye alrededor de los valores religiosos y morales: la Unión Católica de los Servicios de Salud y de los Servicios Sociales es fundada en 1922. Pero, de forma general, los grupos representativos cercanos a los poderes públicos o los grupos asociativos, se constituyeron esencialmente alrededor de asuntos concernientes a cuestiones y preocupaciones relativas a la formación. Tanto el *Consejo de Perfeccionamiento* creado por la ley del 27 de mayo de 1922 para decidir sobre los programas y las condiciones de la formación, así como sobre los exámenes, la Oficina Central de Enfermeras,²⁴ creada gracias al apoyo y a la ayuda financiera de la Fundación

* Al terminar la redacción de esta obra apareció el decreto del 12 de mayo de 1981 publicado en el J.O. del 15 de mayo de 1981, “relativo al ejercicio de la enfermería”, decreto en el que por primera vez en un texto legislativo se menciona “la función de la enfermería” (Art. 1), que sin embargo sigue haciendo referencia a un rol propio (Art. 3) especialmente para “las funciones de mantenimiento y continuidad de la vida”, es decir aquellas que desde las [mujeres] consagradas estaban relacionadas con el rol moral. Decreto retomado hoy en día por el decreto del 11 de febrero de 2002, aun centrado en el rol y no en la función.

Rockefeller, vinculada por decreto ministerial del 22 de agosto de 1925 a la Oficina Nacional de Higiene y Salud Social dependiente del Ministerio de Salud, o ya sea la *Asociación Nacional de Enfermeras Diplomadas de Estado* creada el 22 de junio de 1924, que en principio intentaba esencialmente reunir a las directoras de las escuelas,²⁵ estos órganos representativos son portadores de las mismas concepciones y valores que han terminado por definir a la enfermera y no se preguntan por la naturaleza del servicio de enfermería.

De hecho, es la orientación que se le ha dado a la formación desarrollando al mismo tiempo el *rol moral* y el *rol técnico* de la enfermera, la que sirve como línea de conducta para la política de estos organismos, ya que las mismas personas que dirigen las escuelas son las que se encuentran en los consejos de estos organismos. Aunque la ANIDEF se proponga como primer objetivo “garantizar los mejores cuidados a los enfermos de todo tipo”, ¿de qué medios se vale, aparte de los mencionados, para explicar el concepto de “cuidados”? El segundo objetivo (debido seguramente a la presencia de enfermeras visitadoras en el seno de ANIDEF que, al principio sólo son reconocidas como miembros adheridos, no titulares) intenta “estudiar todas las cuestiones dirigidas a mejorar la salud pública y estimular el esfuerzo profesional en este sentido”. Aunque este objetivo se encuentre realmente en publicaciones hasta la Segunda Guerra Mundial, tanto en *l’Infirmière Française* como en *Pages Documentaires*, no está concebido como una base de reajuste profesional para desolidarizar a la enfermera de este rol moral, guía de toda su acción, ni para intentar identificar la función de la enfermería, como ya había empezado a hacer en 1860 Florence Nightingale.

El análisis de los conceptos y las líneas de conducta que han orientado la acción de los primeros órganos representativos de la profesión y de los que le siguieron está sin realizar, pero el lenguaje utilizado demuestra que, incluso en la actualidad, siguen estando centrados de forma predominante en “la enfermera”, como demuestran los temas de congresos o asambleas: “¿Cómo será la enfermera del mañana?”, “Nueva definición de la enfermera”, “La enfermera de hoy y de mañana”, “Por una nueva imagen de la enfermera”, etc. A través de ella, los profesionales intentan descifrar su papel, o los medios de comunicación intentan confinarlos, imponiendo títulos corporativistas como “nosotras, las enfermeras...”²⁶

PUBLICACIONES

La literatura de enfermería es algo totalmente nuevo, ya que las [mujeres] consagradas no escribían, en todo caso no lo hacían sobre sus

prácticas curativas, y los escritos referentes a su historia no eran de ellas; por el contrario, muchos de estos escritos pudieron estar hechos a partir de los registros que ellas mismas tenían: registros relativos a las entradas y salidas de enfermos, niños abandonados (el torno), las demandas de productos de consumo, de ropa...

Con las escuelas de formación de enfermería aparece una literatura de enfermería. Esta literatura reúne dos géneros: los manuales y guías técnicas, y desde 1906, los boletines y revistas profesionales.²⁷

Los *manuales* y *guías* tienen por objeto reunir los conocimientos necesarios para cumplir la *función técnica*. Son redactados de manera exclusiva por médicos hasta la Primera Guerra Mundial, y casi únicamente por ellos hasta la Segunda Guerra Mundial. Centrados al principio en las prácticas de higiene, describirán después “actos materiales de poca importancia” que farmacéuticos, médicos y cirujanos delegarán en las enfermeras²⁸ con el fin de que aprendan el saber-hacer que se convertirá en su contenido profesional. Es realmente después de la Segunda Guerra Mundial cuando las enfermeras monitoras redactarán los manuales técnicos, lo que por otra parte confirma la asimilación del rol técnico por parte de la profesión.

Los *boletines* y las *revistas profesionales*, de los que serán principales dos: *l'Infirmière Française* de 1923 a 1939, y las *Pages Documentaires* a partir de 1930, son poderosos mediadores para formar una imagen coherente y unida del rol moral, para contribuir a desarrollar el rol técnico. Los únicos escritos redactados por enfermeras son los relativos a la moral profesional, y más tarde los referentes a las concepciones de la formación que se inspira en esta misma moral. Todos los nuevos aspectos relativos a la formación —selección de alumnas según aptitudes, desarrollo de métodos de trabajo, formas de organización del trabajo...— procederán de conferencias internacionales celebradas desde el Congreso del Consejo Internacional de Enfermeras. Médicos y sacerdotes participan igualmente en los escritos de moral profesional (*Pages Documentaires*). Más tarde, después de la década de 1930, los artículos de moral profesional empiezan a inspirar compendios, tratados y guías sobre este tema.

Además de estos artículos que sirven de guía a la forma de concebir y modelar el rol social con su lado moral y su lado técnico, las revistas contienen todo un conjunto de artículos de contenido técnico para las enfermeras hospitalarias, y sobre las grandes patologías, esencialmente las de las grandes calamidades sociales (mortalidad infantil, tuberculosis, sífilis, alcoholismo, cáncer, salud mental) para las enfermeras visitadoras. De hecho, el contenido profesional más importante en la literatura de enfermería hasta 1939 es con mucho, el que se refiere a las enfermeras

visitadoras.²⁹ Por otra parte, de estos escritos es posible extraer una imagen de un campo profesional, mientras que además de las indicaciones del rol moral y de los conceptos de la formación de la alumna-enfermera, es prácticamente imposible hacer lo mismo para la enfermera hospitalaria. El primer estudio profesional que se emprendió se hizo sobre las enfermeras visitadoras en el año 1926.³⁰ Habrá que esperar hasta 1957-1958 para contar con otra encuesta sobre la profesión.³¹

Hasta la Segunda Guerra Mundial, la prensa profesional fue ilustración y testigo de este deseo de definir un rol de enfermería constituido por dos componentes, uno moral y otro técnico, que se tenían que encarnar en la enfermera, como a excepción de las *Pages Documentaires*, muestran los títulos de cada revista: *la Garde Malade Hospitalière*, la *Soignante* o *l'Infirmière Française*. En 1951, otra revista profesional, la *Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale*, tomará el relevo dando un lugar cada vez más preponderante al rol técnico y también a la legislación referente a la práctica de enfermería.

Lo que llama la atención al revisar la literatura de enfermería es la incesante preocupación por circunscribir el personaje de la enfermera en un rol, independientemente los acontecimientos sociopolíticos y económicos del momento. Hay que tener en cuenta algunos aspectos económicos cuando empieza a surgir un acontecimiento de interés, como el iniciado por las enfermeras visitadoras para garantizarse el derecho al retiro, un tratamiento más equitativo, y en 1930, para intentar diferir algunas amenazas de paro. Pero, con excepción de algunos raros escritos relativos al servicio social³² y a la práctica profesional de las enfermeras visitadoras, las preocupaciones enfocadas a determinar el papel que hay que interpretar están desconectadas de la trama de los acontecimientos políticos; esto es particularmente chocante en 1936 y durante los años precedentes a la Segunda Guerra Mundial.³³ Todo ocurre como si la homogeneidad de tiempo y espacio estuviera tan bien establecida dentro del sistema escuela-hospital que hubiera una impermeabilidad para todo acontecimiento exterior, aunque fuera de una importancia capital o de especial gravedad.

La identificación de la práctica de aplicación de cuidados confundida y asociada con las conductas y comportamientos que se esperan de las mujeres, se traduce en un rol de naturaleza completamente diferente según sea la expresión de unos cuidados elaborados a partir de la fecundidad, o que se conviertan en un rol prescrito por las reglas conventuales de las [mujeres] consagradas, o bien, que al modelo religioso se le asocie el rol de auxiliar médico, determinando así el rol de la [mujer]-enfermera → auxiliar del médico. El predominio de este "rol", modelado completamente

a partir de un sistema de conductas y comportamientos “aceptables” o “no aceptables”, prevalece casi hasta nuestros días sobre la preocupación de preguntarse qué es lo que da sentido y razón de ser a las tareas que más tarde se denominarán cuidados de enfermería. Aún sigue habiendo interés por magnificar el rol en detrimento de una toma de conciencia de lo que representa el servicio ofrecido y prestado, así como su valor social y económico. Además, *los intentos de profesionalización, esforzados en que se reconozca la profesión, se han referido sobre todo al reconocimiento de la enfermería definida por un rol, más que a la identificación del servicio profesional: los cuidados de enfermería*. Al mismo tiempo, esta “enfermera” tarda en identificarse con su rol en todos los aspectos de la vida, mientras que pierde su propia identidad.³⁴

NOTAS

1. Chombart de Lauwe J. et autres, *La Femme dans la Société*, Paris, Centre National de la Recherche Scientifique, 1963, p. 37.
2. Robert Muchembled en *La Sorcière au Village* se vale de una transcripción del siglo XIII de ochenta recetas médicas, redactadas en lengua vulgar por un monje, Nicolas de Gorran. *L'Evangile des Quenouilles*, en el siglo XV, proponía idénticos remedios, *op. cit.*, pp. 43-44.
3. Muchembled muestra también cómo la inaccesibilidad a la cultura escrita desempeñó un papel importante en la condenación de las mujeres curanderas. “Hay que señalar también la débil participación de las mujeres en el mundo de la cultura escrita, lo que ciertamente tiene relación con la inclinación mayoritariamente femenina de la acusación de brujería”, *op. cit.*, p. 209.
4. Nota del autor.
5. Delumeau J., *op. cit.*, p. 338.
6. *Ibid.*, p. 53.
7. Hamilton Anna, *op. cit.*, *Soins*, T. 22, 5 diciembre 1977, p. 45.
8. Incluso en la actualidad en Francia sólo hay seis escuelas de Formación en Cuidados de Enfermería: Pontoise, Chatillon-sur-Seine, Millau, Rochefort, Rodez, Suresnes.
9. Excepto las Escuelas Privadas, la Escuela casi siempre está construida en el recinto del hospital, lo que refuerza la unidad de espacio.
10. Fumey M^{le}, “Rapport sur les Ecoles d'Infirmières des Hospices Civils”, *Infirmière Française*, 1927, p. 305.
11. “Réunion des directrices et des monitrices des Ecoles d'Infirmières professionnelles”, *Infirmière Française*, 1927, p. 305.
12. “Association Nationale des Infirmières Diplômées d'Etat: De l'importance d'une base hospitalière complète pour le travail de l'Infirmière visiteuse”, *Infirmière Française*, 1937, pp. 167 y 177.
13. *Ibid.*, p. 167.
14. “Allocution de Monsieur le Docteur R. H. Hazeman”, *Infirmière Française*, 1937, pp. 174-175.

14. "De l'importance d'une base hospitalière complète pour le travail de l'Infirmière visiteuse", *Infirmière Française*, 1937, p. 173.
15. *Ibid.*
16. Goffman E., *Asiles*, Paris, Ed. de Minuit, 1968, p. 48. El autor muestra las características de la vida en clausura con respecto a la vida normal, donde la organización del tiempo está planificada, sin dejar ningún margen a la iniciativa individual.
17. Ver el texto de la señorita Fumey, *Infirmière Française*, 1928, p. 48, que cita incluso el recreo tras la comida, y la hora de la extinción del fuego. Algunas escuelas estaban sometidas a estas reglas aun después de 1968.
18. Goffman E., *op. cit.*, p. 49.
19. La vida personal se desarrolla durante mucho tiempo dentro del recinto de la institución (habitaciones en el hospital) o cerca de la institución (hogares de enfermeras), o en lugares próximos a la institución.
20. *Les Infirmières*, p. 21 (editado en 1958).
21. Bihet M. M. y Gounelle H., *Morale Professionnelle*, Paris, Ed. Foucher et Masson. Datos no precisos.
22. Ley de enfermeros y enfermeras del 6 de julio de 1973, provincia de Québec, Canadá.
23. "Définition de la profession d'infirmière et d'infirmier diplômés", *Revue Suisse, Soins Infirmiers*, n° 8, 1980, pp. 417 y 419.
24. La Oficina de Enfermeras fue confiada a la Srta. Delagrangé, superintendente de fábrica. Además de los asuntos concernientes a la formación, estableció el fichero de enfermeros y enfermeras, que desgraciadamente no fue puesto al día por los que la sustituyeron.
25. El origen del proyecto de reagrupar a las enfermeras se remonta a 1908. El título provisional era "Consejo Nacional de directoras de escuelas de enfermeras". *Infirmière Française*, 1924-1925, p. 173. Creación de la ANIDEF el 22 de junio de 1924.
26. Experiencia vivida con un organismo de publicaciones.
27. *La Garde Malade Hospitalière*, redactada por las antiguas alumnas de la *Escuela Libre Gratuita de enfermeras* de Burdeos, es el primer boletín profesional de Francia. Cf. Anexos, las revistas y su fecha de aparición.
28. Pequignot H., *op. cit.*, RIAS, p. 125.
29. Esto es evidente por la frecuencia de temas y el número de páginas dedicadas a estos temas. Además del aspecto profesional, también hay que atribuirle esta importancia al contexto socioeconómico posterior a la Primera Guerra Mundial, y la recesión económica de los años 1920, con la consecuente huelga. Por el contrario, la crisis económica actual tiene una mayor incidencia socioeconómica sobre el hospital de lo que pudiera tener en aquel momento.
30. Encuesta sobre el número y la calidad de las enfermeras visitadoras, *Infirmière Française*, 1926, pp. 378-379.
31. "La profession d'Infirmière en France", *RIAS*, enero y febrero de 1958.
32. "Le service social replacé dans le mouvement social et scientifique contemporain", *Infirmière Française*, 1924-1925, pp 23-27, ilustra uno de estos muy raros ejemplos.
33. En 1936, la Conferencia sobre la Moral Profesional de mademoiselle Grenier sirve de ilustración, *op. cit.*, *Infirmière Française*, 1936, pp. 100-111.

En relación con el servicio social y con las enfermeras visitadoras, tuvo lugar en 1937 la Conferencia del Ministro de la Salud Pública Henri Sellier, pero al ver que se celebró en la misma Asamblea General donde la Srta. Fumey expuso su informe “Sobre la importancia de una base hospitalaria completa para el trabajo de la enfermera visitadora”, no podemos menos que extrañarnos. *Infirmière Française*, 1937, pp. 167-177.

34. Ver “Identité infirmière... du mythe au rêve... à la réalité” in *Soigner... le premier art de la vie*. Paris, Masson 2001.

Segunda parte

INFLUENCIA DE LAS CORRIENTES SOCIOECONÓMICAS SOBRE EL “ROL DE LA ENFERMERA”

*Si bien es cierto que el valor de las cosas no ha sido calculado y que nunca podrá hacerse más que por su relación con ciertos conceptos ideales, éstos tienen que ser explicados. Para comprender cómo son posibles los juicios de valor, no basta con postular un determinado número de ideales; hay que darse cuenta, hacer ver de dónde vienen, cómo se enlazan con la experiencia, sobrepasándola, y en qué consiste su objetividad.**

Desempeñando el rol de enfermera del que está investida, experimenta en el curso de su formación y durante el ejercicio profesional la influencia de corrientes predominantes que contribuyen a orientar de forma determinante los imperativos de su *rol*.

Cada corriente marca el proceso de profesionalización por la finalidad que propone y la naturaleza del tipo de cuidados que se derivan de ésta. Tanto una como la otra se estructuran alrededor de los campos del conocimiento por adquirir y de las tecnologías que hay que utilizar, llevando a un cuestionamiento de la práctica de enfermería ilustrada por el comienzo de una investigación que da lugar a la constitución de un patrimonio de conocimientos reflejado en las publicaciones. Todos estos elementos participan de su valoración social y económica.

Cada corriente tiene raíces lejanas, conoce una fase oculta, más o menos durable, según sea introducida por las personas que toman las decisiones dentro de la institución sanitaria (médicos y cirujanos en el hospital general, psiquiatras en el medio psiquiátrico), o si proceden del exterior y permanecen durante mucho tiempo como un cuerpo extraño en la institución sanitaria, o que las personas en las que encuentran una vía de acceso queden desprovistas de poder a nivel institucional, como es el caso del personal de enfermería.

Siguiendo la orientación predominante de cada corriente, la influencia de cada una tendrá repercusiones diferentes en los sectores hospitalario y extrahospitalario. Cualesquiera que sean sus efectos, se prolongan tras

* Durkheim E., *Sociologie et Philosophie*, Paris, PUF, 1967, p. 101.

la aparición de una nueva corriente actuando de manera simultánea ocasionando reacciones y conflictos que pueden abrir caminos de conciliación, o acentuar profundas divergencias.

Como se puede constatar, el enfermo sigue siendo la referencia de la práctica de enfermería durante los últimos años del siglo XIX y la primera parte del siglo XX. Los cuidados de los enfermos, totalmente concebidos a partir del rol moral, no se nutren de otras fuentes de conocimiento que no sean las requeridas por las nuevas técnicas de tratamiento de la enfermedad. Al rol moral se le empieza a añadir un componente técnico; de ahí se deriva el perfil de un rol con dos caras: la cara moral y la cara técnica, que pueden volverse antagónicas y no conciliables en el ejercicio cotidiano.

A partir de la década de 1950, el papel técnico es preponderante. En efecto, la enfermera → auxiliar-del-médico, formada por ellos en las escuelas, aprende las tareas técnicas prescritas por ellos en los servicios, intenta adaptar su posición entre los imperativos ideológicos de “servir al enfermo” y la obligación de no tener en cuenta nada más que la enfermedad: hacer análisis y administrar tratamientos, dando más valor, en consecuencia, a todo lo referente a la investigación y a la curación de la enfermedad. Al mismo tiempo, la enfermera experimenta con frecuencia un profundo malestar por no poder conciliar el trato del enfermo con las tareas por realizar alrededor de la enfermedad, o por hacerlo con mucha dificultad al precio de esfuerzos que son muchas veces sobrehumanos (capítulo 6).

Las aportaciones del psicoanálisis al igual que el creciente interés por la psicología del niño y del enfermo, dan lugar a nuevos conceptos terapéuticos basados en el conocimiento y el desarrollo de la persona. El rol moral, dejado de lado con la invasión de la técnica, se va a transformar por una serie de cuestiones sobre las necesidades del enfermo que requieren para descubrirlas la base de una relación cuidador-persona cuidada (capítulo 7).

Para mantener la salud de las personas y los grupos, no basta con tratar las enfermedades. Las concepciones rigurosas de una salud ordenada se turban con los descubrimientos biológicos y la aportación de nuevas ciencias humanas que permiten comprender las culturas y creencias nacidas de los diferentes medios de vida, así como el ascenso de nuevos movimientos sociales que amplían el concepto de cuidados de enfermería y contribuyen a cuestionar su aportación social y económica (capítulo 8).

Corriente vinculada a la técnica y centrada en la enfermedad

La medicina tiene por objeto la enfermedad y, de preferencia, la enfermedad sin los enfermos.¹

Predominio de la enfermedad

Los numerosos descubrimientos realizados desde finales del siglo xix en los campos de la química (química orgánica, cultivos biológicos abren la vía de la microbiología) y la física (particularmente el descubrimiento de los rayos y sus propiedades) abren vías totalmente nuevas para la medicina. “Los clínicos inventan instrumentos y métodos de investigación para ampliar, de alguna manera, el radio de acción de sus cinco sentidos.”² Al tener a su disposición una tecnología más precisa, la medicina desarrolla cada vez más un enfoque analítico, reforzando la separación de cuerpo y espíritu, desolidarizando enfermo y enfermedad, parcelando las plagas del cuerpo, los tejidos, las células, los núcleos, y proponiéndose así, gracias a tecnologías de última generación, adentrarse cada vez más en la investigación de los elementos que constituyen el organismo para identificar a este nivel lo normal y lo patológico, a fin de restablecer —siempre a este nivel—, la “pieza” anatómica³ gastada, degradada o en mal estado de funcionamiento.

El cuerpo se convierte cada vez más en el objeto de la medicina, portador de una enfermedad que hay que identificar y luego eliminar, cuya mecánica hay que reparar. El objeto de la investigación, la reparación o la evacuación es la enfermedad; el sujeto que la padece se convierte en un epifenómeno.

Se transforma incluso el contenido mismo del acto médico, el cual lleva consigo, entre sus efectos, una profunda modificación de los cuidados de enfermería. “El contenido de la noción del acto médico y de su evolución preside, por lo tanto, el lugar que dentro del conjunto de los procesos curativos ocupaban las tradicionales categorías de los trabajadores hospitalarios, pero las funciones de las nuevas categorías también se ordenan en función del monopolio del acto médico y de su definición, especialmente las de los fundamentalistas o los científicos que, por sus

técnicas de análisis o por sus trabajos de investigación, compiten en la elaboración de diagnósticos y la dosificación de los tratamientos, y también las de los técnicos y los ingenieros.”⁴ Las nuevas orientaciones de la medicina, debidas al desarrollo de la técnica que reduce al enfermo a su enfermedad, se reafirman en la década de 1950 dando origen a nuevas formas de organización de los cuidados.

División de las tareas y configuración de los servicios de cuidados

Esta concepción e idea de la enfermedad influye en las formas de organizar el trabajo. El hospital, en un principio centro de hospedaje y acogida de los pobres, los desfavorecidos, las personas sin hogar, se convierte en un centro privilegiado de investigación de la enfermedad, de terapias y, más tarde, de investigación fundamental y aplicada. A pesar del mantenimiento y de una serie de ideologías carismáticas y oblativas que siguen impuestas, *el empleo del personal se ordena alrededor del acto médico*, que preside un conjunto de tareas que hay que garantizar para permitir detectar y curar la enfermedad.

De manera comparable al sector industrial, los servicios se organizan alrededor de grandes “patrones” y de sus asistentes que son los que dan las directrices, y prescriben las tareas por realizar. El reparto de los enfermos y el destino de los locales se establecen en torno a la investigación y la reparación de la mecánica orgánica:

— por el tipo de “aparatos”: servicios de gastroenterología, cardiología, endocrinología, neurología, oftalmología, etcétera.

— por tipos de enfermedades: servicios de tuberculosis, más tarde de afecciones respiratorias, oncología, reumatología, etcétera.

Desde principios del siglo xx es realmente alrededor de las técnicas de investigación y de curación de la enfermedad y de la forma de utilizarlas, que se elabora una configuración social del hospital que determina una serie de formas de relaciones sociales entre cuidadores y personas cuidadas, jerarquías basadas en el valor del trabajo de las distintas categorías del personal de salud y de otro tipo, procedimientos de organización del trabajo, un conjunto de condiciones vinculadas a las exigencias del cumplimiento de las tareas y de su lugar en la jerarquía de valores respecto a la enfermedad. Igual que en el sector industrial, los horarios, índices salariales, indemnizaciones, asignación de locales más o menos exigüos, espaciosos o confortables, dependen de la jerarquía de valores de los trabajos, según el sitio ocupado por los jefes de servicio, los enfermos y el personal en el seno de la institución hospitalaria.

Debido al desarrollo de tecnologías de última generación que contribuyen a una investigación orgánica cada vez más pujante, estamos asistiendo a una multiplicación de las especialidades que tienen con frecuencia el efecto de fisurar el cuerpo que vive la enfermedad, de fragmentar las tareas; por eso, las relaciones humanas son cada vez más impersonales, lejanas, sombrías y divididas, todo esto a pesar del deseo implícito de los cuidadores de tener en cuenta todo aquello que es importante para el enfermo.

“La existencia de materiales técnicos y de expertos garantiza la división de la vida y la saturación del tiempo. Recíprocamente, cuanto más saturado esté el tiempo del individuo, más divididos estarán los distintos campos de su vida; y cuanto más se alejen las soluciones en términos de transformación de las relaciones sociales y del hombre, tanto más indispensables serán los materiales técnicos y los expertos para la supervivencia dentro de una soledad desarmada y angustiada”.⁵

Efectos de la corriente técnica centrada en la enfermedad sobre la práctica de enfermería

LA RAZÓN DE SER DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

La razón de ser es el enfermo, pero en calidad de portador de la enfermedad. En realidad, el objeto del trabajo de la enfermería es la enfermedad. A su alrededor se seleccionan y elaboran los conocimientos necesarios.

El enfermo da una orientación ideológica, la enfermedad es fundamentalmente lo que se tiene en cuenta como base del trabajo. Es objeto de investigaciones y da lugar a la prescripción de tareas de restablecimiento con vistas a la curación.

La práctica de enfermería, aún muy tributaria durante la primera mitad del siglo xx de los valores morales y religiosos heredados del pasado, poco a poco se va distanciando, medicalizándose, valorando la técnica sin por ello dominar, ni siquiera acceder, a la marcha analítica que origina la multiplicación de las tecnologías médicas. Los cuidados de los enfermos se convierten en “la técnica”, después en los “cuidados técnicos”. La enfermedad es la que los determina, la que los orienta.

NATURALEZA DEL TRABAJO Y CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO QUE SE OFRECE

La enfermería está organizada alrededor de diferentes tareas prescritas por el médico para investigar, tratar y controlar la enfermedad. Esta

última es la que dirige las acciones de la enfermera y da sentido a las tareas por realizar.

La elección y planificación de estas tareas están determinadas por el tipo de enfermedad: nefritis, meningitis... o por el tipo de órgano afectado: estómago, corazón, pulmones, hígado... Su realización requiere una técnica de gran complejidad. Exige saber utilizar las herramientas que sirven para realizar las exploraciones enfocadas en el diagnóstico médico, y los instrumentos que sirven para aplicar y controlar los tratamientos, al mismo tiempo que se puede comprobar que hay una creciente hipotecnicidad en lo referente a los cuidados para el mantenimiento de la vida, al considerar que no exigen ninguna capacidad especial, sino que competen a la conciencia profesional.

Las tareas se reparten según el tipo de prescripciones:

— *las relacionadas con exámenes de investigación*: toma de muestras de sangre, preparación de los enfermos para radiografías, endoscopias, etc., exploraciones de cualquier tipo;

— *las relacionadas con el control de los tratamientos*: controles de todo tipo que requieren la utilización de instrumentos muy complejos, particularmente en los servicios que emplean tecnologías avanzadas: monitoreo, cobaltoterapia, etcétera.

Además de las prescripciones médicas, que se dejan a la decisión de la enfermera, sin considerarse ni reconocerse verdaderamente como un objeto de discernimiento profesional basado en la capacidad de valorar lo que el enfermo puede o no puede hacer todavía por sí mismo debido a su mal, se reparten un conjunto de tareas llamadas *enfermería*. Aunque a menudo ignorados por los médicos, a la enfermería le competen directamente todos los cuidados de higiene, y otras necesidades de los enfermos, que tienen una consideración importante en su vida diaria: como las molestias de la evacuación intestinal, la necesidad de vestirse, de ser peinado... sin hablar de la necesidad de enviar una carta, saber dónde está el teléfono, etc. En muchos casos, todo esto está relegado a un segundo plano o es confiado a los ayudantes,⁶ ya que poco a poco, en el contexto técnico, estas “tareas” son cada vez menos consideradas como propias del trabajo de enfermería que está dirigido a la enfermedad.

Todas estas tareas tienen asignado un tiempo: la mañana, la tarde, la noche (como en el sector industrial). Sin embargo, las tareas tienen una duración que depende del aquí y ahora, debido a la ausencia de proyectos de cuidados elaborados a partir del grado de afectación de la integridad de las funciones corporales que dan lugar a diferentes tipos de dependencia.

El vínculo entre las tareas no aparece de otro modo que no sea por el soporte ideológico que está centrado en “el enfermo”. Sin embargo,

los enfermos prácticamente son conocidos sólo por la categoría de su enfermedad: el cáncer de hígado, de esófago, o por su órgano, el riñón, el corazón, el pulmón. El tipo de enfermedad es el que confiere al enfermo su estatus y su rol, relegando y borrando los otros que pudiera tener, así como todos los relacionados con éstos.

Esta falta de conexión entre las tareas hace que pierdan su sentido, orientación, finalidad y significado. Aunque difíciles de asumir, se vuelven “insignificantes” en cuanto a su alcance. Están desintegradas, desarraigadas de todo el contexto de la vida de la persona cuidada: existe una carencia de unión que permita comprender quién es el enfermo y qué enfermedad padece. Las tareas se convierten en entidades en sí mismas y se bastan a sí mismas. No existen interrelaciones entre lo que vive la persona que requiere cuidados, lo que es en sus diferentes estatus y roles sociales, y lo que padece. Esto vuelve el trabajo extremadamente rutinario, automatizado y sin un interés tangible de forma rápida a pesar de la doble preocupación por:

- esforzarse en mantener con los enfermos relaciones interpersonales de naturaleza diferente a las tareas impuestas. Estas relaciones, que quedan al margen del trabajo, no son aprovechadas o son muy difíciles de utilizar como base del trabajo de enfermería, y se hacen a menudo a costa de enormes esfuerzos, ya que no están integradas en el trabajo profesional (bien sea por el tipo de organización del trabajo o por la falta de explotación y utilización de las informaciones aprendidas durante la aplicación de cuidados);
- tratar de conseguir una destreza cada vez mayor en el dominio de la técnica, para ascender en la escala social de los servicios, y beneficiarse al mismo tiempo de un reconocimiento social que se parece —hasta hoy— al de los médicos, proporcional incluso al empleo de un elevado hipertecnicismo.

CONOCIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SERVICIO QUE SE OFRECE

Los conocimientos transmitidos por la enseñanza son los de la medicina, que queda así como única fuente para explicar el proceso salud-enfermedad. Se les puede agrupar y organizar alrededor de dos campos que derivan el uno del otro: *la enfermedad y la técnica*.

La considerable modificación en el control de los tratamientos como consecuencia de las nuevas terapéuticas, como las sulfamidas, más tarde los antibióticos después de la Segunda Guerra Mundial, y la aceleración del desarrollo técnico de los servicios hospitalarios, hacen replantearse

la formación de base proporcionada a las alumnas-enfermeras. “¿Podemos remediar los defectos de la preparación actual de las alumnas de enfermería para obtener el diploma de Estado?”; ⁷ ésta se convierte en la mayor preocupación de los médicos, cirujanos y monitoras de escuelas de enfermeras.

En 1954 se pone en marcha un nuevo programa de estudios para las alumnas-enfermeras y las asistentes sociales. ⁸ Todo su desarrollo se basa en la adquisición de conocimientos relativos a *las distintas enfermedades o los estados patológicos*. Éstas son las bases de “la enseñanza teórica”, es decir, en otros términos, las *teorías de base* que orientan no sólo la formación, sino también el ejercicio de la profesión de enfermería. Estos “conocimientos teóricos generales exigibles a toda enfermera para la correcta comprensión del control y de los cuidados que le competen”, ⁹ serán aquellos a cuyo alrededor se elaborarán todos los cursos de perfeccionamiento ofrecidos a las enfermeras desde 1952. A partir de 1954 tendrán un gran desarrollo instigado por la Escuela de Cuadros de la Cruz Roja de París. ¹⁰

Los conocimientos centrados en la enfermedad constituyen la base de “*la cultura general de las enfermeras*”. ¹¹ A este fondo cultural de base se añaden algunos conocimientos considerados a menudo como accesorios. También forman parte aquellos que tienen relación con un rol de vigilancia social o de consejo educativo, como la higiene; u otros conocimientos que actuarán más o menos como “cuerpos extraños”, ya que prácticamente jamás serán tenidos en cuenta o se pondrán en práctica en el terreno del ejercicio profesional: son los rudimentarios conocimientos relativos a la familia, el derecho del trabajo y la legislación social. También se añade información que no es importante por no estar explotada, como la concerniente a las instituciones sanitarias y sociales, incluida la institución hospitalaria, o a la organización de la profesión.

Los conocimientos teóricos centrados en *la enfermedad se completan con los prácticos enfocados en las técnicas*. Esta enseñanza impartida por las monitoras de las escuelas de enfermería tiene por meta familiarizar a sus estudiantes con todo un conjunto de procedimientos que van desde los cuidados de higiene (impropiamente llamados “cuidados de *enfermería*” o “*enfermería*”) a los “cuidados médicos”, ¹² o a conductas que hay que seguir en la vigilancia de los tratamientos quirúrgicos o en casos de urgencia.

El programa de enseñanza del 17 de julio de 1961 ¹³ introduce una nueva dimensión: el conocimiento del hombre sano y de las diferentes etapas de su desarrollo, así como un acercamiento al concepto de salud a partir de la higiene. Sin embargo, este loable esfuerzo tiene pocos efectos sobre la práctica profesional, ya que esta nueva fuente de saber no

se moviliza de ninguna forma y se encuentra al margen de la práctica hospitalaria, único campo del aprendizaje profesional. Este intento de expansión de los conocimientos no encuentra en la práctica ninguna justificación de valor, e incluso parece contradictorio con el valor creciente concedido al hipertecnicismo. Serán los conocimientos centrados en la enfermedad y en las técnicas los que continuarán alimentando de manera predominante, e incluso casi exclusiva, la práctica profesional de enfermería, casi hasta la década de 1980.

En términos generales, los conocimientos son “absorbidos” sobre todo para garantizar un funcionamiento rápido y preciso de las auxiliares de los médicos antes de intentar guiar y enriquecer la acción de la enfermería. Hay que aplicarlos y *crear un proceso estímulo-respuesta* que hace que, en lugar de desarrollar una tarea basada en comprender una situación, *se aprenda un conjunto de procedimientos y de actos reflejos, que tienden a tratar signos o síntomas sin haber decodificado su significado*. Por otra parte, los conocimientos tienen como meta permitir a la enfermera recoger los datos del diagnóstico médico, y “adaptar a cada enfermo las reglas científicas de la medicina actual”.¹⁴ Aunque con frecuencia los conocimientos se ven reducidos a un “saber-hacer”, por complejos que sean, a veces dan lugar a actos estereotipados y no participan en la construcción o en el desarrollo de un contenido profesional, ni en la adquisición de conocimientos correctos de auxiliar médico, ni siquiera como lo denunciaría en 1968 el Comité del Internado de los hospitales de París: “Sumemos ahora todas las especialidades que enseñamos y nos encontraremos en dos años ante el panorama de unos estudios médicos que desafían la comprensión de la mayoría de las inteligencias. Es ilusorio esperar que después de dos horas de clase tratando todos los días temas distintos por especialistas diferentes, el ciclo de dos años permita a las enfermeras comprender y recordar los conocimientos que impone teóricamente el programa” [...] “Si los estudios de enfermería no quieren ser unos miniestudios de medicina, no deben tener esta visión panorámica de la patología, que no puede conducir más que a una falsa ciencia.”¹⁵ Por otra parte, todo lo que no recogen los conocimientos médicos sigue perteneciendo al “rol humano” para el que la enfermera está preparada por la moral profesional y también por la introducción progresiva de elementos de psicología.¹⁶

TECNOLOGÍA

Cada vez más alejada de los cuidados de los enfermos para los que, por otra parte, no existe otra base de “conocimientos” que no sea la moral profesional, y algunos conceptos generales de higiene,¹⁷ la enfermería

llega a no hacer casi exclusivamente uso más que de la tecnología médica. Así, los instrumentos del oficio de enfermería serán prestados por la medicina. Se les puede dividir en dos grandes categorías: los *de exploración* y los *de curación o de tratamiento*, es decir, las herramientas que contribuyen a establecer un diagnóstico médico con objeto de identificar y localizar el mal, y las que intervienen en el tratamiento. Tanto los de exploración como los de curación pueden ser de naturaleza diferente: química: preparación para exámenes radiológicos, medicamentos; mecánica: sondas, drenajes; física: aparatos de inmovilización; eléctrica: todos los aparatos de monitorización.

A medida que se desarrollan las especialidades, la enfermera va conociendo los diferentes instrumentos de exploración y de tratamiento por aparato: aparato respiratorio, renal, cardíaco... La formación “práctica” de la enfermera trata cada vez más sobre todos estos instrumentos técnicos, ya sea para “servir al médico preparándole todo el material necesario para una exploración y ayudándolo durante la misma, preparar al enfermo para un estudio, o bien para utilizar por sí misma uno de estos instrumentos para aplicar un “cuidado”, como la jeringa para una inyección medicamentosa. Los “*cuidados técnicos*” aplicados por la enfermera son los que después de 1968 se matizan con la denominación “*cuidados de enfermería*”, lo que contribuirá a aumentar la ambigüedad del aspecto específico de los cuidados de enfermería.

El uso que pueda hacer la enfermera de los instrumentos médicos depende de varios factores:

— *de la banalización del instrumento médico*: a medida que uno se difunde y su uso se va haciendo fácil, incluso monótono, deja de interesar a los médicos que delegan las tareas técnicas que consideran secundarias.

— *de la complejidad creciente de los instrumentos y aparatos*, que en los servicios muy tecnificados exige la cooperación de todo un equipo, desde el ingeniero hasta diferentes cuerpos de personal sanitario. En estos “servicios de punta” la enfermera “puede justificar su alejamiento del enfermo y de los cuidados propiamente dichos por la existencia de tareas técnicas”¹⁸ de una alta complejidad que absorben todo su tiempo y movilizan unilateralmente toda su actividad.

— *de la variable duración de la presencia efectiva de los médicos junto a los enfermos*, que hasta la instauración del tiempo completo en los servicios hospitalarios, podía ser muy efímera. Por lo tanto, la utilización de un mismo instrumento puede estar reservada al cuerpo médico durante el día, pero relegada a la enfermera durante la noche, que sólo recurre al galeno mediante una llamada telefónica. La situación es similar con el uso de los instrumentos que habitualmente manipula la enfermera: jeringa

gas, aparatos de aspiración..., que durante la noche son utilizados por las auxiliares, incluso por las vigilantes nocturnas.

Es decir, los criterios de competencia para la utilización de un mismo instrumento son muy variables, y la delegación relacionada con el uso de tal o cual no depende tanto de la especificidad del campo profesional como de las necesidades condicionadas por otros motivos o móviles.

En el sector extrahospitalario, la extensión de la tecnología utilizada y de las técnicas con las que están relacionadas muestran la nomenclatura de los actos médicos relegados a la enfermera. Esta nomenclatura garantiza la limitación del uso de los instrumentos clínicos y preservan a los médicos de la intromisión de las tareas de enfermería en el campo del ejercicio médico; ellos pueden, por lo tanto, reservarse el derecho de no delegar ciertos actos; la razón subyacente puede ser de carácter financiero. Por el contrario, otras tecnologías podrían ser utilizadas para asegurar los cuidados de mantenimiento de la vida, disminuir los factores de dependencia de las personas cuidadas, o el esfuerzo tanto de las familias como del personal cuidador, y para compensar las deficiencias sensitivo-motoras. Su empleo queda a la iniciativa de la enfermera, que no ha sido preparada para valorar su interés o su existencia.

LA INVESTIGACIÓN

La influencia de la corriente basada en la enfermedad y originada por la técnica no puede dar lugar, propiamente hablando, a investigaciones en cuidados de enfermería, ya que éstas no existen por sí mismas, no tienen un campo y un contenido que les sea propio. Por el contrario, los médicos utilizan sin problema las *observaciones* y los *controles* de los tratamientos realizados por las enfermeras para llevar a cabo los trabajos de investigación médica. Es por eso que, bajo su impulso y el de la Organización Mundial de la Salud comienzan a desarrollarse estudios de “casos concretos”, “donde se exponen bajo la forma de presentación o de discusión sobre enfermos, ciertos *problemas de diagnósticos, de exploración paraclínica o de terapéutica*, centrados en un tema determinado”, como el cáncer, por ejemplo.¹⁹ Estas observaciones de casos concretos serán objeto de publicaciones regulares a partir de 1955 en la *Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale*.

Además del aspecto del contenido técnico de los cuidados realizados por la enfermera, otro campo, aparte de la investigación, es objeto de estudio, *la organización científica del trabajo*: la división de las tareas, que está muy relacionada, como hemos visto, con el desglose originado por el análisis científico y la especificidad técnica. Desde 1927, encontramos en

las páginas de *l'Infirmière Française* una preocupación sobre cuestiones relativas a este punto: "La organización científica, bien se trate de los cuidados a los enfermos o bien de cualquier otra cuestión, debe someter los hechos, con sangre fría, a una crítica destinada a definir la realidad; no hay nada en la técnica de la organización que no pueda ser fácilmente empleado o aplicado, ya sea en el cuidado de los enfermos, o en la profesión médica con respecto a la práctica habitual de cuidados, ya sea en el hospital, o en el domicilio privado".²⁰ La influencia del taylorismo hará sentir sus efectos no sólo en la organización de las funciones, sino también en los cuidados técnicos. Es a principios de la década de 1960 que los métodos de organización del trabajo utilizados en la industria darán referencias para la clasificación y uniformidad de las técnicas de los cuidados alrededor de una serie de "*puntos clave*": *eficacia, seguridad y confort*.²¹

Los *puntos clave* introducen por primera vez tres criterios de referencia alrededor de los cuales se puede establecer un proceso de cuidados esencialmente técnico. Éstos proporcionan bases de evaluación que ya no recaen en la *enfermera*, juzgada como buena o mala según la moral, sino en el objeto mismo de su trabajo: los cuidados que proporciona. Los *puntos clave* van a movilizar un planteamiento profesional. En un momento en que la práctica de enfermería sufre la falta de una moral profesional para dar sentido a los "cuidados a los enfermos" y comienza a resentir el malestar de una orientación casi exclusivamente técnica, los puntos clave desempeñarán un papel de reconciliación entre los polos divididos de los ideales profesionales: "servir al enfermo", y los imperativos de un hipertecnicismo y una medicalización creciente de los cuidados. Con el criterio "confort", el sentido del enfermo se reintroduce como si formara parte de la aplicación de cuidados; el criterio "eficacia" da un valor exculpatório a la técnica; mientras que el criterio "seguridad" alía los dos anteriores.

Los *puntos clave* tienen el mérito de comenzar a objetivar ciertos temas fundamentales, como la eficacia y la seguridad de los cuidados, pero estas cuestiones se oponen a la gran pobreza de contenido profesional de la enfermería que, casi exclusivamente centrada en la patología y en la técnica, no puede contribuir a aclarar el significado del punto propuesto, de la elección de tal o cual forma de actuar en una situación, y todavía menos a crear lazos entre las costumbres de vida de los enfermos y la compensación que hay que aportar a tal o cual daño o incapacidad. En cuanto al aspecto del confort, se refiere a los cuidados para el mantenimiento de la vida que cada vez están más relegados a las auxiliares.

Los puntos clave dan lugar a ciertos trabajos de tipo pedagógico para mejorar la enseñanza de las técnicas de los cuidados, objeto de numerosos conflictos entre las monitoras que tienen dificultades para trabajar según

determinados criterios y para simplificar las técnicas. Del mismo modo, estos puntos de referencia suscitan diferentes trabajos y estudios de organización de los mismos centrados en las *tareas-de-cuidar*, que tienen por vínculo de unión la organización del servicio,²² pero muy difícilmente el conjunto de situaciones individuales vividas por el enfermo.

LAS PUBLICACIONES

Sin podernos dedicar aquí a un análisis del contenido de la prensa profesional que aparece desde la década de 1950 —aunque sea un trabajo indispensable para centrar la enfermería, mostrar los modelos que propone, determinar qué cosas valora, qué la identifica...— es fácil constatar que las publicaciones “profesionales” han estado extremadamente determinadas por la corriente que valora la enfermedad y la técnica.

Fundada por la Cruz Roja Francesa, la *Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale*, cuyo primer número apareció en enero de 1951, estipula claramente las metas que se propone en el editorial de mayo de ese mismo año. Además de los que pueden interesar a las enfermeras y a las asistentes sociales, “otros artículos más numerosos cubrirán campos más limitados y precisos de la cirugía, la medicina y las especialidades, y siempre se reservará un amplio espacio para la técnica propiamente dicha, la que interesa a la enfermera cuidadora”. Para responder a este objetivo, la Cruz Roja francesa realiza “una fusión técnica con la Asistencia Pública de París” en mayo de 1951, y “confía la dirección técnica de la revista a los médicos, cirujanos y especialistas de los hospitales de París”.²³ Además, a pesar del objetivo “de abrir sus columnas a las mismas enfermeras”,²⁴ es el cuerpo médico de los hospitales de París el que detenta la orientación y las directivas de la revista. Por otra parte, desde el principio se explica a las lectoras que parece difícil abordar en los artículos “*el verdadero campo de acción de la enfermera*”:

“Habría que considerar las razones por las cuales la técnica de la enfermería propiamente dicha aparece en esta revista relegada a un segundo plano.

Lejos de traicionar una despreocupación censurable de lo que representa *el verdadero campo de acción de la enfermera*, esta dirección se inspira en un principio que consideramos fundamental: no es de enseñanza teórica de la enfermería. En este terreno, sólo es válida la aplicación práctica de la formación, la *experiencia, práctica real* adquirida con las manipulaciones, las demostraciones y los cuidados hospitalarios, y *ningún artículo por documentado que esté lo puede reemplazar.*”²⁵

Hasta los años 1965-1970, los artículos dirigidos a enriquecer los cuidados de enfermería son redactados casi exclusivamente por los médicos, mientras que el *Fichier Technique de l'Infirmière* introducido en 1958 se convertirá esencialmente en el patrimonio de las monitoras de escuelas de enfermería ya que tiende a facilitar la enseñanza de las técnicas de cuidados. Aunque algunos números se dedican regularmente a la profesión,²⁶ así como a su evolución, y una gran parte a la *legislación*, informaciones sobre *cuestiones de actualidad* (1962) y a algunos viajes de estudios en el extranjero, la concepción y la orientación de la práctica de cuidados de enfermería está totalmente determinada por el cuerpo médico cuya influencia se puede ver en la reorganización de los cursos hospitalarios, la formación de programas de escuelas de cuadros y cursos de perfeccionamiento, así como la reconsideración del programa de preparación del diploma de estado.²⁷

La revista *Soins, revista médica de las comunidades religiosas*, edita su primer número en febrero de 1956. Creada por el padre Larère, redactor en los *Cahiers Laënnec* (revista médica católica), tiene como objetivo publicar de una forma sencilla y fácil de memorizar, como consecuencia de sus empeños de visualización técnica, conocimientos médicos para el personal religioso de enfermería, extendiéndose después su difusión a las Escuelas de base y de cuadros (*idem*).

En su preámbulo de lanzamiento, la dirección precisa a sus lectoras “el por qué de una revista nueva” haciendo ver que “CUIDAR necesita una puesta al día de sus conocimientos médicos y quirúrgicos, de las técnicas y de los tratamientos que utilizan. En efecto, los progresos actuales de la Medicina cuestionan diariamente un cierto número de enfermedades cuya fisonomía ha cambiado mucho desde sus estudios de base”.²⁸ A partir de esta concepción de los cuidados centrados en la enfermedad, la revista *Soins* propone “retomar los elementos importantes de todos los terrenos de la patología: medicina general, cirugía, pediatría, especialidades (ORL, oftalmología, etc...) medicina de ultramar”, y “tener premisas más prácticas para mejorar sus actos de todos los días”.²⁹ Los artículos tienen por objeto “permitir una mejor vigilancia del enfermo” para “comprender mejor y de forma más concreta cómo debe ser su actitud”.

La redacción de la revista está totalmente confiada³⁰ a los médicos, ninguna enfermera puede publicar un artículo hasta 1974.³¹ Después de su preámbulo de lanzamiento dando a entender su concepción de la orientación de la práctica de cuidados de enfermería, la redacción de la revista no se pronunciará más sobre este tema no publicando ni editoriales ni artículos profesionales hasta 1976. Sin embargo, tendrá una influencia

considerable, ofreciendo hasta esa fecha una fuente de conocimientos de orden exclusivamente médico.

La revista *l'Infirmière Française*, reeditada por las Ediciones Poinat a partir de 1946, está totalmente redactada por los internos de los hospitales de París. Por el contrario, *Pages Documentaires* vuelven a publicarse en 1948. Aunque continúan inspirándose casi exclusivamente en las directrices de la Iglesia, abordan más las cuestiones médico-sociales. La redacción de los artículos rara vez se confía a las enfermeras.

La corriente técnica orienta también la publicación de “libros para enfermeras”, ya sea los de la *Bibliothèque de l'Infirmière* de Ediciones Poinat, o bien, de colecciones nuevas de otras editoriales como la colección *Diplôme d'Etat d'Infirmière* publicada por ediciones Maloine. Asistimos por tanto a la eclosión de manuales técnicos de cuidados redactados por enfermeras monitoras.³² Por otra parte, es excepcional que el personal de enfermería que ejerce en hospitales o en el sector extrahospitalario escriba, aunque sea aquí donde se arraiga la profesión. Al transmitirse la práctica de enfermería por tradición oral a nivel profesional, el personal de enfermería está poco motivado por la redacción de la prensa profesional que está considerada más como un instrumento de formación de base o de cuadro que como un instrumento de trabajo. Por otra parte, durante el tiempo de formación se modelan las mentalidades, sobre todo si éstas están forjadas por los que orientan la corriente centrada en la enfermedad, que al mismo tiempo son responsables de los servicios hospitalarios; así lo relata el profesor Léon Binet en el prólogo de la sexta edición del “NAPPEE”: “*Al igual que nuestros profesores médicos, cirujanos y biólogos de la Facultad de Medicina de París, es cierto que las Escuelas de cuadros han contribuido en gran parte a hacer de la enfermería lo que es hoy en nuestro país, no solamente una profesión honorable por el carácter de abnegación que desde siempre le fue otorgado, destacable desde hace un decenio, por la extensión de los conocimientos paramédicos y la minuciosidad que exige su ejecución*”.³³

Repercusiones sobre la valoración social y económica de la enfermería

La enfermera “es una señora que tiene instrumentos, es como el médico”. Claudia, 9 años.

“Una enfermera no es como una doctora: la doctora puede operar sola.” Laurence.

“La enfermera no hace un trabajo muy interesante, el médico sí que hace un trabajo muy interesante... y además gana más.” Natacha, 9 años.³⁴

Si es cierto que los niños dicen la verdad, estas palabras reflejan como un espejo la imagen social de la enfermería, imagen donde se mezclan y se entrelazan a la vez motivaciones de ayuda: “me gustaría reconfortar a los enfermos, ayudar a los médicos a cuidarlos”,³⁵ y las ilustradas por el aspecto técnico cuyo reconocimiento económico y social, sin embargo, parece poco evidente.

REPERCUSIONES SOCIALES

Las incidencias sociales se experimentan tanto junto a las enfermeras como a los enfermos, influyendo tanto en los cuidados como en las condiciones de la prestación ofrecida a los usuarios, que condicionan las expectativas y las reacciones de estos últimos.

Las enfermeras

“La evolución del trabajo de enfermería sigue a la del trabajo médico. Con la especialización del trabajo médico, se atribuyen a la enfermera un conjunto de tareas que antes incumbían al médico. Esta situación permite ver las oscilaciones periódicas de los movimientos profesionales de enfermeras con el fin de revalorizar su profesión entre dos polos, el de la técnica y el del contacto humano.”³⁶

Siguiendo las líneas trazadas por la filiación médica, las enfermeras manifiestan una atracción creciente hacia la técnica, intentando de una manera lógica, elaborar por su mediación una *imagen relevante*: manifestando su *proximidad con los médicos*, participando directamente en su trabajo (dentro de equipos de reanimación o de punta), refiriéndose a las mismas fuentes del saber (lo que implica un acercamiento de identidad), y demostrando su *habilidad técnica*. “La ejecución por estas últimas (las enfermeras) de las tareas recibidas por delegación de poder, traduce una adhesión al sistema de valores de la categoría jerárquica superior, la de los médicos.”³⁷

Sin duda, la valoración de la técnica de última generación tiene dos consecuencias para las enfermeras: con respecto al valor “científico” y mercantil que le otorga este tipo de sociedad (valor elogiado por todos los medios de prensa y audiovisuales), y también con respecto a la representatividad femenina de la profesión. En un principio, las mujeres se dedicaron a liberarse de su condición de sometimiento, imitando aquello que dio valor a los varones, a quienes se les supone dominadores de la materia, de la técnica: ellas intentan la revalorización por esta misma vía, corriendo el riesgo de abandonar otras inexploradas o descuidadas. Por la doble pertenencia al modelo heredado de la [mujer] consagrada y de la

auxiliar médico, sería difícil que la enfermería retrocediera para relativizar la técnica y volver a situarla en un campo de mayor concepción y de contenido profesional.

Afirmando su competencia *por medio de la técnica*, las enfermeras intentan adquirir las bases de un oficio. La posesión de una habilidad técnica, de precisión en los movimientos, la clasificación de los actos de investigación o de tratamiento y la organización de las tareas, contribuyen a hacer retroceder el aspecto borroso de un papel intangible y sin límites. Al hacer de la enfermedad el objeto de los cuidados, las enfermeras pueden alejarse de los problemas de los enfermos hacia los que la moral profesional las deja cada vez más desprovistas. La seguridad de haber respondido a las necesidades de los enfermos se basa más en verificar las tareas que hay que realizar respecto a tal o cual patología que en los imperativos de un “deber” imposible de delimitar, más aún cuando el número de enfermos por servicio aumenta, sin por eso dar lugar a un aumento consiguiente del personal de enfermería.

La técnica da también a las enfermeras la oportunidad de probarse a sí mismas utilizando una tecnología cada vez más compleja. Junto con los uniformes (sobre cuyo significado técnico o simbólico nos podemos preguntar), la tecnología sirve de referencia a toda la imaginería profesional y marca de forma determinante el ascenso social de la enfermera. Se puede seguir la evolución de la práctica de enfermería y del *modelo social* al que da lugar a través de esta imaginería donde figuran: la enfermera y la bacinica, la enfermera y el termómetro, la enfermera y la jeringa, la enfermera y la sala de reanimación. Está transmitida por los más diversos medios de comunicación: ilustraciones de prospectos, de libros, empezando por todos aquellos que pertenecen a una literatura infantil, que con los juguetes y disfraces sobre este tema contribuyen a forjar en el público una imagen de la enfermera³⁸ reforzada hoy en día por los medios audiovisuales: radio y televisión, y que da lugar, a su vez, a un modelo social del personaje, y condiciona un conjunto de motivaciones antes del descubrimiento de lo que puede ser la práctica profesional y la variedad de su ejercicio.

Por último, la técnica ofrece *el reconocimiento de unas responsabilidades tangibles* que se basan en la adquisición de capacidades indiscutibles. Es a partir de las tecnologías, las técnicas y de su valor económico y social, que se construye la jerarquización vertical del personal de enfermería.

La progresiva división de las tareas y su reparto conforme al avance de las tecnologías en tareas nobles y en secundarias o subalternas, origina un proceso de ascenso social basado en la elevación de la capacidad para proporcionar cuidados de restablecimiento de alta tecnología o en la capacidad de llevar la organización de las tareas. En función de la complejidad

técnica, las enfermeras tienen responsabilidades comparables en la industria a las ejercidas por los contraмаestres, los técnicos especializados, los técnicos superiores, “el jefe de servicio se ha convertido en una especie de nuevo empresario”.³⁹

El ejercicio de responsabilidades da lugar a la estructuración de una jerarquización vertical de la profesión por *la vía de la especialización*, bien sea técnica (ayudante de anestesta) o basada en la edad (puericultura), y *la vía de las funciones de dirección*: enfermeras-vigilantes, jefa de enfermeras, enfermeras docentes. El acceso a éstas ha sido el origen de la creación de escuelas de especialización y de cuadros;⁴⁰ sin embargo, algunas de ellas, como la de supervisora, pueden ejercerse todavía por antigüedad. En cambio, ninguna jerarquización horizontal que valore el trabajo de la enfermera de base ha tenido un reconocimiento social explícito, ni siquiera tras la adquisición de competencias técnicas.

La contribución de la técnica a la valoración profesional no atenúa el malestar de la enfermería expresado desde 1956, como reacción a su esfuerzo para perfeccionarse o formarse en puestos jerárquicos. En términos todavía grises y teniendo la precaución de no herir a las lectoras por su agresividad, las alumnas de la escuela de cuadros de la Cruz Roja francesa lanzan una especie de “manifiesto”: “¿Es justo mantener a las enfermeras en una situación de subalternas?”⁴¹ Ellas plantean el problema y especifican con cuidado que su “toma de postura no puede ser más que *técnica*”. Es, en efecto, desde el crecimiento técnico de la profesión, que ellas plantean tres preguntas:

1. ¿Se confía hoy en día a la enfermera una tarea que exige una responsabilidad cada vez mayor?
2. ¿Los cuidados dispensados hoy en día por las enfermeras tienen por consecuencia una eficacia terapéutica que beneficia al individuo y a la colectividad?
3. ¿Las condiciones de trabajo, de vida y salariales de estas mismas enfermeras están en relación con las responsabilidades que aceptan y los resultados que en gran parte contribuyen a obtener?⁴²

Estas tres preguntas resumen el malestar de la enfermería originado por las dificultades cada vez mayores de un alto ideal que se contradice con un oficio que se dirige hacia el hipertecnicismo, unas responsabilidades cada vez mayores insuficientemente reconocidas e incompatibles con condiciones de trabajo que no han tenido en cuenta su evolución.

De hecho, el malestar tiene raíces profundas tal y como prueba el estudio, desgraciadamente no publicado, realizado por la Sra. Claude

Lévy-Leboyer en 1967, donde pone claramente en evidencia el distanciamiento existente entre ideologías de naturaleza diferente que podrían ser complementarias pero que, en el campo del ejercicio profesional, acúan a menudo en detrimento una de la otra, y les cuesta trabajo reconciliarse para formar parte de un todo. Podemos encontrarnos con:

— *la ideología que inspira las motivaciones profesionales “fuertemente relacionadas con una concepción idealizada según la cual lo esencial de los deberes de la enfermería es administrar a los enfermos el consuelo moral y el amparo de su abnegación y de su dulzura”*. En esta época, “una tercera parte de las enfermeras dice haber escogido esta “noble profesión”, por un ideal, atraídas por la belleza moral de esta actividad o por una “vocación”...⁴³ Intentan realizarse en un rol social que se lleva a cabo con un trabajo que obliga a “numerosos y variados contactos humanos”.⁴⁴

— *la ideología que proviene del aspecto técnico “del oficio que representa una de las fuentes de satisfacción más importantes”*. Lo más interesante es “el verdadero trabajo de la enfermera, los cuidados propiamente dichos, las circunstancias en que la enfermera puede poner en práctica sus capacidades y demostrar de lo que es capaz. Ellas prefieren ‘los cuidados verdaderos, los tratamientos complejos, la colaboración en los cuidados de urgencia, la reanimación, las curas delicadas’. Para ellas, no sólo se trata de poder ejercer su saber hacer y su habilidad manual; lo que les gusta también es utilizar por completo los conocimientos científicos aprendidos en la escuela. Por ejemplo, es apasionante cuidar enfermos que requieren muchos cuidados y mucha vigilancia, como los enfermos en coma respiratorio. Acompañar al médico en su visita es muy interesante, ya que la enfermera puede así conocer y comprender mejor la afección [...] La enfermera se afirma así como una persona calificada que domina su trabajo y que ha sido iniciada en una ciencia compleja, la medicina, universo prestigioso que es un misterio para el profano”.⁴⁵

La señora Lévy-Leboyer constata a continuación que estos dos aspectos de la vida profesional podrían aportar a las enfermeras satisfacciones que son un elemento esencial para la adaptación al trabajo: en el plano técnico, su eficacia, en el social, las pruebas de su valor personal.

También es sorprendente comprobar que ni en un caso ni en otro se enorgullecen —como sería lógico— de asumir responsabilidades. Efectivamente, sólo 6% de las enfermeras cuestionadas tiene la impresión de tener responsabilidades, en el sentido de que éstas contribuyen a valorar la concepción de su lugar en la sociedad. Y que “la enfermera es a menudo una ejecutora cuyo campo de acción está estrechamente

limitado, a pesar de la ausencia casi permanente del médico. Todo transcurre como si el estatus profesional no sancionara formalmente la evolución técnica y social de la profesión”.⁴⁶

El estudio pone en evidencia las principales decepciones y dificultades encontradas, particularmente “la falta de interés del trabajo”, la dificultad de las relaciones sociales, a las que se vinculan todo tipo de conflictos relacionados con las condiciones de trabajo. La autora insiste en que “a un pequeño número de enfermeras le satisface su estatus profesional, cuando lo que se esperaba era que ellas encontraran aquí una recompensa legítima a las dificultades de su oficio. Incluso entre las mayores, ninguna tiene la sensación de tener autoridad real, influencia sobre la gestión o sobre la organización del servicio o del lugar donde trabajan, a pesar de su experiencia en la vida hospitalaria. Se sienten, pues, condenadas a permanecer como subalternas en un sistema que les parece cerrado tanto hacia abajo (se ven asimiladas al peldaño inferior, desde el punto de vista de la división del trabajo) como hacia arriba (la jerarquía del oficio es muy rígida)”.⁴⁷

Todo esto contribuye a explicar la duración media del ejercicio profesional de cinco años, que agrava la “penuria” del personal de enfermería denunciada por la prensa profesional desde 1962,⁴⁸ y a la que no se han aportado más que soluciones paliativas muy costosas para las personas y para las finanzas del país. Los acontecimientos de 1968 obligaron a una revisión de las condiciones de trabajo, particularmente de los salarios, los horarios y las vacaciones, pero el dilema propuesto por la naturaleza de los cuidados de enfermería permanece intacto; *“la función de la enfermera prevalece como una situación de subordinación con respecto al médico* llevando a cabo sus prescripciones, que como una profesión específica definida por un conjunto de trabajos realizados y transmitidos dentro de la profesión. *El trabajo de la enfermera no existe más que a título residual y en relación con el trabajo del médico”*.⁴⁹

Los enfermos

Con respecto a los enfermos y a los usuarios de los cuidados, el hipertecnicismo terapéutico, saludable en algunas situaciones que no se pueden generalizar, conduce a menudo a las personas cuidadas a una dependencia cada vez mayor por la complejidad de las terapias utilizadas (bien sean instrumentales o de naturaleza fisicoquímica), mientras que el hipotecnicismo de los cuidados habituales aumenta todavía más esta dependencia, olvidando todo lo que se podría hacer para permitir a la persona receptora de los cuidados tener la mayor autonomía posible por

medio de técnicas de compensación. El interés predominante se centra en la naturaleza orgánica del mal, más que en todo lo que altera la enfermedad o el defecto físico en la vida cotidiana. Ahora bien, es en su vida diaria donde los enfermos encuentran dificultades para atenuar o asumir las consecuencias de su enfermedad.

La organización de los servicios en torno a tecnologías de investigación y de curación tiene como consecuencia la agrupación de personas que tienen problemas diferentes pero que presentan síntomas similares alrededor de un mismo proceso patológico u órgano: servicio de gastroenterología, de nefrología, de oftalmología... o de leucémicos o reumáticos. Esta repartición de los servicios alrededor de los equipamientos técnicos crea una configuración social de los enfermos y del personal. Los enfermos pierden todo lo que habitualmente fundamenta su identidad: todos los estatus sociales que confieren su estado civil, su profesión, su pertenencia a distintos grupos, para asumir *la identidad de la enfermedad* que invade todo su campo espacial, temporal y de relaciones. La categoría de la enfermedad en la que son clasificados por el diagnóstico médico les confiere una identidad en la que deben aprender a reconocerse. Tanto enfermos como personal cuidador se encuentran a menudo en un universo kafkiano. Existe todo un proceso acumulativo centrado en la enfermedad que desconecta los cuidados de su contexto de vida y los hace muy alienantes, o al menos muy difíciles de soportar por su duración. El proceso patológico tiene todos los riesgos de la hipertrofia, ya que está aislado de todo lo que constituye la diversidad de la vida y es objeto de una atención y una concentración permanente. No cabe duda que las personas cuidadas se asimilan a la enfermedad que tienen y los cuidadores a la enfermedad que tratan.

El predominio de la técnica y su hipervaloración crean las expectativas de un tipo de cuidados basados en la imagen de una salud-curación. La técnica adquiere un valor mítico de poder, de recurso supremo para las soluciones de problemas sanitarios que no son objeto de análisis de las situaciones, para comprender la naturaleza de las dificultades encontradas por el enfermo, su familia y su entorno. Al crear protocolos para responder ante la manifestación de signos de tal o cual enfermedad, se ayuda a los pacientes que confían su cuerpo a los todopoderosos aparatos, a las medicaciones-refugio, que disimulan a menudo un mal más profundo, dejando en la sombra “lo que enferma”, lo que hace que “uno enferme”, o que no tienen otro medio de existir más que refugiándose en la enfermedad.

Esta idealización de la técnica da lugar a una falta de implicación de las personas frente a los problemas de salud y favorece su pasividad. Se encomiendan “a aquellos que saben por ellos” y se someten a lo que

se considera bueno o malo, en detrimento del interrogante y el planteamiento sobre los factores personales y colectivos, que influyen favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad.

REPERCUSIÓN ECONÓMICA

Si consideramos los otros sectores de la actividad económica y el desarrollo industrial de los años 1950-1960, la técnica no ha contribuido a valorar económicamente la práctica de enfermería, al contrario, esta última ha contribuido de forma importante a la apertura económica del hospital moderno, siendo las enfermeras, como se ha podido decir, las O.S. de la empresa hospitalaria. Aun teniendo condiciones salariales inferiores a las de los obreros de la industria⁵⁰ hasta 1968, el personal de enfermería ha sido considerado por las administraciones como un personal costoso, habituado a la abnegación y al don gratuito del personal religioso. No sólo hacían falta tres enfermeras para sustituir a una religiosa, lo que escandalizaba a un gran número de médicos,⁵¹ sino que el aumento de la complejidad técnica de los cuidados exige más personal, técnicamente más calificado. Además, los enfermos son tratados en los servicios especializados las veinticuatro horas del día, mientras que antes del desarrollo técnico del hospital los cuidados de noche eran excepcionales. De hecho, el trabajo nocturno de las enfermeras sigue sin estar protegido por ninguna legislación del trabajo y está abandonado a todos los gajes del funcionamiento de los servicios y a unas decisiones condenadas a la arbitrariedad.⁵² Sin embargo, a pesar del pesado tributo pagado por el servicio de noche, las enfermeras están poco preparadas y estimuladas para estudiar sus obligaciones. La ideología heredada del pasado religioso y el retiro del mundo del trabajo que representa el medio hospitalario, así como la imprecisión de la naturaleza del trabajo de enfermería en función de la heterogeneidad de los servicios, de la variedad de su orientación técnica y de la relación interpersonal con los médicos, hacen muy difícil la acción sindical o incluso el interés del grupo profesional en defensa de ciertos derechos fundamentales, del que sería un ejemplo el servicio de noche.

Por el contrario, el desarrollo técnico de los cuidados en que participa directamente la práctica de enfermería, no tiene una incidencia económica en los enfermos y en los organismos que pagan. La evolución del hipertecnicismo puede hacer de los cuidados un producto comercial, reducidos a bienes de consumo. El cuerpo en sí mismo es susceptible de convertirse en objeto de consumo, incluso en bien de producción y de comercialización. La enfermería, como otras profesiones sanitarias, puede estar amenazada (ignorándolo o con pleno conocimiento de causa) de

utilizar el cuerpo como un valor mercantil. Ya sea en el hospital, donde el interés de las enfermedades predomina sobre el de las personas, hasta el punto de valorar el restablecimiento de la salud a expensas de su voluntad y de su contexto o a poner en tela de juicio los procesos reales de deterioro psicosocial del que son víctimas. O bien en el medio extrahospitalario, donde los cuidados pueden convertirse realmente en objeto de comercialización. En este sector, la complejidad técnica ya no se puede buscar por su valor mercantil, ya que consume demasiado tiempo y exige demasiada presencia. La rentabilidad económica se basa en la frecuencia de un elevado número de actos de curación técnicamente sencillos, que una gran cantidad de personas sabría hacer si se les enseñara, como las inyecciones, los vendajes, etc. Los cuidados relacionados con la prescripción médica y la división de las tareas siguen sin tener relación con el conjunto de las situaciones vividas por las personas. No tienen en cuenta el conjunto de problemas originados por la enfermedad. *El pago, relacionado con el acto técnico aislado, continúa minimizando el valor social y económico de los cuidados de enfermería, haciéndose cómplice de los elevados costos del restablecimiento de la salud*, y corriendo el riesgo de obstaculizar otras formas de financiación, además del acto.

La corriente ligada a la técnica, centrada en la enfermedad, ha marcado de manera considerable la práctica de enfermería y continúa ejerciendo sobre ella una influencia predominante, teniendo en cuenta el impacto de la técnica en la sociedad posindustrial y sus repercusiones en todos los dominios de la vida económica y social y, por tanto, de la salud.

Este impacto particularmente tangible en el hospital convertido en el lugar privilegiado para el restablecimiento de la salud, ha dado un impulso a una práctica de enfermería que buscaba su orientación y se esforzaba por valorar su ejercicio. No podríamos minimizar o menospreciar la necesidad de basar un oficio o una profesión en unas técnicas. Ninguno puede ejercerse sin la utilización de instrumentos y, por tanto, de técnicas. Esta corriente también ha permitido tener en cuenta la necesidad técnica; ha mostrado que los cuidados de enfermería no pueden permanecer solamente en el terreno de la atracción hacia los demás, sino que exigen saber utilizar los instrumentos.

Esta corriente introduce verdaderamente la competencia técnica en el seno de la profesión. Rechazarla es negarse. Reiteradamente. La pregunta no puede ser: ¿“técnica sí” o “técnica no”? Es de naturaleza más compleja ya que *exige preguntarse por su significación, por la tecnología utilizada en las situaciones planteadas al cuidar, con respecto a la naturaleza de los problemas planteados, y de las condiciones que influyen en estos problemas*. Exige preguntarse si las tecnologías utilizadas y las técnicas con las que se relacionan están adaptadas, se justifican; requiere considerar los lí-

mies de su utilización, estudiar su umbral de eficiencia (no de eficacia), extender su campo de investigación por otros medios distintos de los prestados por la medicina, y no quedarse anclado sólo en el terreno de la curación. Para que la técnica permanezca al servicio de los cuidados y al revés, es indispensable cuestionar la necesidad de su utilización restituyendo su empleo según el conjunto de problemas humanos que plantea la enfermedad.

NOTAS

1. Gérard Briche es el autor del libro *Furriculum vitae* editado por cuenta del autor en 1979. "La Santé à Bras le Corps", *Autrement*, p. 15.
2. Leonard J., *op. cit.*, p. 134.
3. Hay que remarcar que la palabra "pieza" procede de la mecánica.
4. Chauvenet A., "Professions Hospitalières et division du travail", *Les Professions-- Sociologie du Travail*, 2/72, abril-junio, p. 147.
5. Dupuy J. P. y Karsenty S., *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Ed. Seuil, 1974, p. 204.
6. Para suplir estos cuidados fue creado el cuerpo de auxiliares de enfermería: decreto del 23 de enero de 1956.
7. Editorial: "Peut-on remédier aux défauts de la préparation actuelle des élèves-Infirmières au diplôme d'Etat? Importance croissante du rôle des monitrices dans l'enseignement à dispenser aux élèves", *R.I.A.S.*, enero 1953, pp. 3-10.
8. Ministerio para la Salud Pública y la Población. Oficina Central de Enfermeras. Programa de Enseñanza. Estudios preparatorios para los diplomas de Estado de Enfermería y de la Asistencia Social. Primer Año Mixto, y primer y décimo años. Decreto ministerial del 4 de agosto de 1954 (J.O. 10 de agosto de 1954).
9. Ecole de Cadres CRF. "Nécessité d'édifier un programme cohérent de cours de perfectionnement commun aux infirmières D.E. de toute appartenance", *R.I.A.S.*, junio 1954, p. 224.
10. *Ibid.*, pp. 221-223, y "Projet de l'Ecole de Cadres CRF concernant les cours de perfectionnement destinés aux infirmières D.E. en exercice", *R.I.A.S.*, octubre 1954, pp. 309-314.
11. Editorial *R.I.A.S.*, enero 1955, p. 3. El término "*cultura general*" para designar los conocimientos médicos y quirúrgicos aparece en varios artículos publicados en las revistas profesionales de este periodo. Por otra parte podemos tener una referencia muy precisa de lo que representa la base de la cultura general profesional, siguiendo las sugerencias bibliográficas o las recomendaciones para constituir un fondo bibliotecario de la escuela de enfermeras. En todos los países, este indicador es siempre revelador del tipo de conocimientos de que se nutre la profesión. Mencionemos aquí por referencia: *R.I.A.S.*, noviembre de 1953, p. 342; *R.I.A.S.*, noviembre de 1955, pp. 361-363; *R.I.A.S.*, julio-septiembre de 1961, p. 378; *R.I.A.S.*, enero de 1963, pp. 39-44.

Es también interesante tener en cuenta la presentación de libros de nueva aparición. Verdaderamente, después de 1965 podemos encontrar una ampliación importante del abanico de estos libros.

12. Programa de Enseñanza de 1954, *op. cit.*, p. 18.
13. Ministerio para la Salud Pública y la Población. Programa de enseñanza.
14. Boide Dr. "L'évolution de notre conception des soins infirmiers", *R.I.A.S.*, junio 1955, p. 307.
15. Ferrey G. y Moreau J.F., "A propos de l'enseignement dans les écoles d'infirmières", *R.I.A.S.*, julio-septiembre 1968, p. 695.
16. Cotinaud, *Eléments de psychologie pour l'infirmière*, París, le Centurion, 1968.
17. El programa de enseñanza de los estudios de enfermería de 1961 no incluye más que una página sobre "la enseñanza práctica con respecto a las partes del programa relativo *al enfermo*" (p. 27). Incluso bajo este encabezado figuran una serie de técnicas relativas a enfermedades infecciosas, o a técnicas de urgencias (pp. 28-29).
18. Chauvenet A., *op. cit.*, p. 157.
19. Editorial *R.I.A.S.*, enero de 1955, p. 3, subrayado por el autor.
20. Brown P. S., "Quelques faits relatifs à l'organisation scientifique dans l'industrie", seguido de reflexiones de Mademoiselle Chaptal *Infirmière Française*, 1927, p. 226.
21. Puntos clave desarrollados en 1962-1963 por el "método Dubois", organizador del trabajo.
22. Bollinelli R., "Sécurité et efficacité dans le travail infirmier", *R.I.A.S.*, diciembre 1963, pp. 676-693, y Dubois J., "Responsabilité de la surveillante — La fonction 'contrôle' de la surveillante", *R.I.A.S.*, diciembre 1965, pp. 802-805.
23. Brouardel Dr., "Avenir de cette revue", *R.I.A.S.*, mayo 1951, pp. 131-132. Hay que advertir que este editorial está redactado por un médico, Miembro honorario de los Hospitales de París, Miembro de l'Académie Nationale de Médecine, Presidente de la Croix-Rouge Française.
24. Editorial, "Bilan et critique d'une première année d'activité. Perspectives d'avenir", *R.I.A.S.*, enero 1952, pp. 1-2.
25. *Ibid.*, p. 2, en cursiva en el texto original.
26. "Etude sur la profession d'infirmière", *R.I.A.S.*, noviembre 1956. "Quelques aspects de la profession d'infirmière", *R.I.A.S.*, julio-septiembre 1961. "La profession d'infirmière, ses problèmes, son évolution, son avenir", *R.I.A.S.*, octubre 1962. "L'infirmière, une femme parmi les autres", *R.I.A.S.*, septiembre-octubre 1964.
27. La redacción "Editorial", *R.I.A.S.*, enero 1955, pp. 3-5, y Siguier Dr. F., "Editorial", *R.I.A.S.*, enero 1966. Siguier Dr. F., "Etude critique de la formation et du perfectionnement des Infirmières hospitalières diplômées d'Etat", *R.I.A.S.*, octubre 1967, pp. 739-744. Siguier Dr. F., "Ce que pourrait être un schéma d'organisation portant sur une troisième année d'études préparant au diplôme d'état d'infirmière", *R.I.A.S.*, febrero 1968, pp. 109-112.
28. "Pourquoi une nouvelle revue", *Soins*, nº 1, febrero 1956, p. 1.
29. *Ibid.*
30. *Ibid.*
31. Una solicitud escrita, hecha por una enfermera, dirigida a la redacción de la revista *Soins* en 1963, estipulando que por fin sea admitido que las enfermeras puedan incluir artículos redactados por ellas y firmados por su nombre, fue rechazado.

32. Mencionemos especialmente los dos más conocidos y utilizados en los años 1950-1965:
 - *Soins aux Malades*. Comunidad de Hijas de la Caridad — Rennes, reeditado en 1978 y habiendo actualizado su título más que su contenido: *Soins Infirmiers aux Malades*.
 - Desplechin-Nappée Mme, *Manuel pratique de l'Infirmière Soignante*, denominado familiarmente “el Nappée”, última edición, Paris, Masson, 1964.
33. *Ibid.*, Prefacio. Subrayado por el autor.
34. Mots d'enfants, *R.I.*, enero de 1971, p. 11.
35. *Ibid.*, p. 12.
36. Chauvenet A., *op. cit.*, pp. 147-148, subrayado por el autor.
37. *Ibid.*, p. 153.
38. Durand M., “L'infirmière dans la littérature enfantine”, *R.I.*, 1971, pp. 7-9, y “Mots d'enfants”, pp. 11-12.
39. Chauvenet A., *op. cit.*, p. 154.
40. La primera escuela de cuadros de la Cruz Roja Francesa fue creada en Paris, en 1950, por Jane Martin. El reconocimiento de la formación de cuadros de enfermería no tuvo lugar hasta 1958: decreto del 14 de noviembre de 1958.
41. Ecole de Cadres de la Croix-Rouge Française d'Infirmières. — “Est-il juste de maintenir les infirmières dans une situation subalterne?”, *R.I.A.S.*, enero 1956, pp. 1-4.
42. *Ibid.*, p. 1.
43. Levy-Leboyer C., *Les Infirmières en France*, Document non publié, Université de Paris, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Laboratoire de psychologie du travail, 1967, fascicule III, p. 19.
44. *Ibid.*, p. 21.
45. *Ibid.*, p. 21.
46. *Ibid.*, p. 22, subrayado por el autor.
47. *Ibid.*, fascículo IV, p. 13.
48. Wehrlin N., “La pénurie d'Infirmière en France”, *R.I.A.S.*, enero 1962, pp. 32-38, y febrero 1962, pp. 77-87.
49. Chauvenet A., *op. cit.*, p. 147.
50. Dutheil M^{lle}, “La pénurie d'Infirmière en France”, *R.I.A.S.*, marzo 1962, p. 140.
51. Por citar algún ejemplo mencionemos el artículo del Doctor Soulayr de Douai, “Le problème des infirmières en France”, *R.I.A.S.*, 1964, pp. 117-118. Este médico expresa su indignación frente al deseo de las enfermeras de estudiar las razones de la penuria, y lo que puede mantenerlas en funciones y darles ánimo de seguir en la profesión. Para él (como para muchos otros), “una persona que es y seguirá siendo la colaboradora directa del médico” no puede tener la audacia de pretender tener condiciones de vida y de trabajo correctas.
52. Raros son los estudios sobre el trabajo nocturno de las enfermeras. El primero data de 1964: “Etude de l'affectation des infirmières D.E. au service de nuit”, *R.I.A.S.*, marzo 1964, pp. 185-187. Se necesitará esperar hasta 1980 para la publicación del estudio hecho a profundidad de Anne-Marie Rabiet, “La nuit des infirmières”, *Etudes sur le service et les soins infirmiers*, número spécial AMIEC 1980.

Corriente de revalorización de la relación cuidador-persona cuidada

El campo de conocimientos —observación, exploración, verificación clínica y terapéutica— abierto con el descubrimiento del psicoanálisis, permite una comprensión más profunda de lo que constituye nuestra propia existencia, es decir, de nuestra relación vivida con este “no yo” humano y múltiple que es ajeno.¹

Mientras que los descubrimientos de las ciencias exactas dan lugar a una corriente técnica que se propone investigar y curar la enfermedad con métodos racionales y rigurosos, las ciencias humanas se abren un laborioso y difícil camino explorando los más oscuros dominios de la personalidad, del consciente y del subconsciente.

Tras las vías del psicoanálisis abiertas por Sigmund Freud, las aportaciones de la psicología, y más concretamente la psicología infantil, renuevan la comprensión del desarrollo psicomotor y la influencia de la construcción de sus distintas etapas en la evolución de la persona. Los trabajos de E. Claparède, Arnold Gesell, Henri Pieron y Henri Wallon por citar sólo a los más conocidos, y la eminente obra de Jean Piaget, contribuyen a poner en tela de juicio las teorías que conceden una excesiva importancia a la higiene y a la profilaxis en detrimento de todo aquello que participa directamente en el desarrollo psicomotor. Sin embargo, aunque los resultados de sus trabajos se utilizan en los dispensarios de salud mental y en los centros de desarrollo infantil, no son utilizados en los centros hospitalarios de pediatría, ni en las guarderías, donde las teorías de la asepsia predominan desde pasada la década de 1970 en muchos sitios.

Tras las huellas de las vías trazadas por la sociedad psicoanalítica de Viena, aparecieron otras perspectivas para comprender mejor los comportamientos humanos. Las necesidades fundamentales mostradas por Abraham Maslow, el estudio de la base cultural de la personalidad de Ralph Linton y el análisis del desarrollo de la persona realizado por Carl Rogers, vuelven a plantear preguntas sobre el hombre, sobre lo que lo

desarrolla, sobre lo que lo construye o lo destruye según las edades y los momentos de su vida y, muy especialmente, durante la infancia. Además, invitan a considerar, de forma diferente, al hombre enfermo y al hombre sano.

Poco a poco, a partir de los conocimientos y de los métodos aportados por el psicoanálisis y la psicología, se elabora un enfoque terapéutico de los problemas humanos, entre ellos los de salud. Este enfoque psicológico otorga supremacía a la relación dual —sin duda por razones culturales y religiosas—* antes de que la dinámica de grupos se desarrolle; intenta investigar qué es lo que constituye la personalidad, tomando las informaciones referentes a los sentimientos y las reacciones de la persona como algo esencial, aunque la mayoría de las veces no entabla vínculos con el entorno sociocultural, a excepción del conjunto de relaciones vividas en el seno del núcleo familiar entre padre, madre, hermanos...

Tras fortalecer las bases de su desarrollo en la práctica privada, distintas corrientes terapéuticas surgidas del psicoanálisis y de la psicología se introducen sigilosamente en los medios carcelarios y en las instituciones psiquiátricas. En la década de 1960 empiezan a poner en tela de juicio el uso de tecnologías pesadas, como el electrochoque, o medicamentosas, como la insulinoterapia, volviendo a valorar un enfoque de relación que persigue un doble objetivo: *el de conocer mejor a la persona cuidada, el de reconocerla* en lo que representa, y no considerarla un objeto incondicional de cuidados sino como un sujeto; y también el de *tener una acción terapéutica*.

Utilizada en principio como terapia individual, asociada o no a nuevas quimioterapias como el largactil o el librium, la relación se estudia a continuación a través de fenómenos de grupo y se convierte en la base de terapias de grupo en el medio psiquiátrico. Paralelamente, el desarrollo de la dinámica de grupo se propaga por los medios de trabajo y de enseñanza.

En Francia, la corriente de revalorización de la relación cuidador-persona cuidada entra tardíamente en las instituciones sanitarias. Al hacerlo, estará considerada durante mucho tiempo como marginal y sin credibilidad, en función de la casi exclusiva valoración de las ciencias exactas en detrimento de las ciencias humanas para las que sigue existiendo una gran desconfianza, particularmente en el medio médico. Su entrada lenta y a menudo desconocida se hará, como en Estados Unidos, por dos vías: la del medio psiquiátrico (la experiencia realizada por el doctor Paumelle en el dispensario de salud mental del XIII Distrito de París

* Sin duda no es casualidad que las terapias psicoanalíticas hayan progresado en países donde predomina la influencia de la religión protestante, que suprime la obligación de la confesión.

sirve de ejemplo), y la del servicio social que desde los años 1955-1958 comienza a esbozarse en el “*case-work*”, estudio del caso individual.

Un poco más tarde, el replanteamiento de la práctica médica, llevado a cabo por Balint y los seminarios de investigación organizados por la Tavistock Clinic sobre “el médico, su enfermo y la enfermedad” influyen en algunos medios suizos (J. P. Valabrega) y franceses. Más tarde, Max Pagès, al querer dar a conocer en Francia las teorías basadas en la no dirección y en el desarrollo de la persona, invita a Carl Rogers a participar en 1966 en un seminario organizado por la Asociación para la Investigación y la Intervención Psicosociológicas (ARIP, por sus siglas en francés). Sus teorías se difunden rápidamente en esta época en el mundo del trabajo y de la formación de adultos.

Mientras tanto, todo esto no afecta a la práctica de enfermería, aunque se introduzca una sensibilización a la dinámica de grupos en el programa de la Escuela de Formación de la Cruz Roja francesa desde los años 1958-1960,² pero tiene por objeto iniciar en la comprensión de las relaciones interpersonales que intervienen en la gestión y la administración de un servicio más que ser utilizada en la aplicación de cuidados. Las enfermeras, insatisfechas por el dominio de una técnica creciente, se quedan desprovistas ante las demandas de los enfermos que sólo competen al dominio de la técnica. La hermética división entre el medio psiquiátrico y el del hospital general hace inaccesible para las enfermeras de este sector la información sobre las terapias de grupo, y no entra en las escuelas de base, a excepción de algunas escuelas mixtas de enfermeras³ que, pasando por la formación social, oyen hablar del “*case-work*”.

“Hasta estos últimos años, las necesidades de relaciones interpersonales no eran tenidas en cuenta en la formación profesional de las enfermeras. Se admitía que la enfermera tiene una formación técnica que se enseña desde un principio y una función de organización que se aprende en las escuelas de cuadros. Pero este aspecto de la relación ha clasificado más bien dentro de la serie de dones innatos o dependientes de la voluntad o de la psicología del enfermo.”⁴

Habrá que esperar hasta los años 1967-1968 para que la corriente de revalorización de la relación cuidador-persona cuidada empiece a abrirse paso dentro del medio de la enfermería francesa no psiquiátrica. Será introducido por medio del planteamiento sobre las *necesidades del enfermo*, ya que a nadie le puede bastar con la tecnología. Desde 1962-1963, los *Principios fundamentales de los cuidados de enfermería*⁵ publicados en inglés por el Consejo Internacional de enfermeras, comienzan a introducirse en una o dos escuelas aisladas gracias a una serie de enfermeras con conocimientos sobre la evolución de las orientaciones profesionales en el

extranjero.⁶ Pero es la publicación del Quinto Informe de la Organización Mundial de la Salud sobre los cuidados de enfermería la que servirá realmente de motor a un nuevo planteamiento de los cuidados de enfermería en diversos países, entre ellos Francia.⁷ Este informe adopta la definición de cuidados de enfermería propuesta por Virginia Henderson, enunciación que introduce claramente que “a la enfermera le corresponde la *iniciativa y el control* de todo lo relativo a la asistencia del individuo enfermo o sano en el cumplimiento de los actos que contribuyen al mantenimiento o al restablecimiento de la salud (o a una muerte plácida) y que llevaría a cabo por sí mismo si tuviera bastantes fuerzas, voluntad y saber”.⁸ Tomar esta iniciativa y controlarla exige conocer las necesidades del enfermo, pero ¿cómo conocer las necesidades del enfermo sin tener relación con él? La pregunta sobre las necesidades fundamentales del enfermo impulsará la relación cuidador-persona cuidada sin que por ello sirva siempre a esta loable preocupación, sino que corre el riesgo de convertirse en un fin en sí.

Esta corriente de revalorización de la relación cuidador-persona cuidada se empieza a desarrollar en la Escuela Internacional de Enseñanza de Enfermería Superior,⁹ y se concreta hacia los años 1969-1970. Empieza a oírse cuando se confirma la molestia de los cuidados demasiado supeditados a la técnica, y cuando las enfermeras desean encontrar el sentido de los “cuidados a los enfermos”, poniendo en tela de juicio los cuidados centrados en la enfermedad. De 1968 a 1972, esta corriente se desarrolla hasta llegar a crear el “plan de cuidados” y a convertirse en una de las bases de elaboración del nuevo programa de estudios de enfermería (1972”).

Efectos de la corriente de revalorización de la relación cuidador-persona cuidada sobre la práctica de enfermería

LA RAZÓN DE SER DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

La enfermería encuentra como razón de ser la persona cuidada. La referencia, el punto de partida y el desenlace de los cuidados es el enfermo.¹⁰ Ya no se le tiene en cuenta como objeto portador de la enfermedad x, y, z, sino que realmente es la finalidad de los cuidados que sólo tienen sentido a partir de él, de lo que es, lo que representa en el seno de su entorno social. Ya no es el objeto *de los* cuidados sino que se convierte en objeto *de* cuidados,¹¹ es decir, éstos sólo tienen significado por referencia a su realidad, a su forma de vivir — entre otras cosas —, la enfermedad. Se

recupera el deseo de dar “cuidados a los enfermos”, pero intenta rebasar las motivaciones ideológicas, y consolidarse utilizando el contenido de la relación para dar a los cuidados otras bases además de la compasión o la técnica.

NATURALEZA DEL TRABAJO Y CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO OFRECIDO

La relación con el enfermo se convierte en el eje de los cuidados, en el sentido de que es a la vez el medio de conocer al enfermo y de comprender lo que tiene, al tiempo que por sí misma posee un poder terapéutico. Es fuente de información para distinguir la necesidad de cuidados no técnicos evaluando la ayuda que se debe aportar, mientras que contribuye a relativizar los cuidados técnicos o a facilitar su comprensión e incluso su aceptación.

Hay una expansión en el terreno de las competencias del trabajo de enfermería que sobrepasa al de la ejecución de la prescripción médica, por clara que sea esta práctica. Sin suprimir las tareas delegadas, éstas encuentran su inserción en el conocimiento de la persona cuidada, conocimiento que no es sólo el hecho “de una buena relación” mantenida entre el personal cuidador y las personas cuidadas, sino que se convierte en un elemento de base del trabajo de enfermería.

Con la información obtenida en la relación, el trabajo de enfermería cambia de naturaleza, encuentra un terreno para las preguntas, el planteamiento, la reflexión, la creatividad, preguntándose ¿quiénes son las personas cuidadas?, ¿qué esperan? Todo ello para averiguar qué tiene sentido para ellas, qué puede aclarar la ayuda proporcionada para compensar las necesidades a las que no pueden responder por sí mismas debido a su enfermedad o su defecto físico, mental o social.

Sin embargo, la relación cuidador-persona cuidada llega rápidamente al límite si se utiliza en sí misma, de manera aislada, si a partir de la información obtenida a lo largo de la relación no es posible volver a utilizar esta información. En este caso, pierde todo su sentido, se hace muy difícil de entender y de soportar por parte del personal cuidador que se limita a interpretar un rol de confidente, además queda desarmado ante determinadas situaciones. El deseo de garantizar una continuidad de los cuidados al enfermo, teniendo en cuenta sus necesidades fundamentales y utilizar mejor la información recogida a lo largo de la relación cuidador-persona cuidada, conduce a la creación de un instrumento de trabajo: *el plan de cuidados*.¹²

La introducción del plan de cuidados resulta difícil a nivel de los servicios, al no haberse desarrollado sobre el terreno del ejercicio profesional.

El plan de cuidados, instrumento pedagógico nacido de las escuelas, útil sobre todo para la evaluación de las alumnas y del cual se tiene poca experiencia en los equipos de cuidados, actúa a menudo como cuerpo extraño o da lugar a reacciones de temor o desconfianza. La formación permanente permitirá que las enfermeras descubran su interés, debido a dos razones esenciales: son ellas las que proporcionan los cuidados, no las profesoras de las escuelas que no siempre han seguido los pasos que proponen a las alumnas; por otra parte, las cuidadoras son las que pueden descubrir lo que dificulta el uso de algún instrumento y lo hace totalmente ineficaz, en particular el obstáculo de la división de las tareas.

Así, las enfermeras, cambiando la naturaleza de su trabajo, se replantean el modo de organización de su práctica cuidadora dividida en tareas fragmentadas y a menudo disociadas: es imposible que cada miembro del personal cuidador conozca a cada enfermo del servicio pasando de uno a otro para cumplir con un trabajo puntual. Surge la necesidad de transformar el reparto de las tareas, tomando a cargo, cada una, un número determinado de enfermos para poder responder al conjunto de necesidades de cuidados que requiere su estado. Esto da lugar a “la sectorización” dentro de los servicios hospitalarios.¹³ Esta nueva forma de organización choca con el funcionamiento del conjunto de la estructura hospitalaria, con la insuficiencia de personal, con el planteamiento de las estructuras jerárquicas dentro del equipo, así como con la discriminación de los trabajos por estratos, como los confiados a las auxiliares de clínica. La relación cuidador-persona cuidada vuelve a poner en duda la seguridad adquirida con la extensión del campo de competencias técnicas que asimilaba a la enfermera con un técnico especializado. Hay un desplazamiento del frágil campo de identidad que se había intentado fijar en el carácter técnico de su rol.

La corriente de la relación cuidador-persona cuidada prácticamente penetra sólo en el medio hospitalario; el sector extrahospitalario aún permanece casi por completo apartado en este periodo. Por otra parte, son raros aquellos a los que les interesa, excepto algunas personas aisladas que se preocupan por preparar su despertar.

CONOCIMIENTOS OTORGADOS EN EL SERVICIO QUE SE OFRECE

La revalorización de la relación cuidador-persona cuidada introduce otras fuentes de conocimientos además de las relacionadas con la enfermedad y la técnica; es necesario beber en otras fuentes de saber:

“Si lo esencial del rol de la enfermería está centrado en la persona, vemos enseguida el lugar que tendrá que ocupar el estudio del hombre

normal, de sus mecanismos biológicos y psicológicos, de las grandes etapas de su desarrollo y evolución, de sus formas de adaptación y de defensa, de su necesidad de individualidad y de su instinto de socialización.

”Entre las ciencias en que la enfermera se basará, catalogaremos algunas exactas, biológicas, humanas y sociales, sin olvidar las disciplinas que ayudan al hombre a reflexionar sobre su existencia y su destino. Pero a la enfermera del año 2000 no le bastará con adquirir estos conocimientos, tendrá que familiarizarse con la metodología de algunos de ellos, para ser capaz de seguir su evolución y de integrarla en su rol específico.” Junto a esta sólida base, es evidente que deberá tener conocimientos de patología y de mecánica “[...] necesarios para comprender los problemas que plantea la enfermedad”.¹⁴

Así, los conocimientos que proceden de las ciencias humanas empiezan a suplir las grandes carencias de un saber que una moral profesional cada vez más corroída por la evolución social no puede satisfacer por sí sola. Tras las aportaciones de la psicología infantil, vienen las de la psicología del adulto y de los ancianos, después las de la psicología social. Esta última introduce conocimientos metodológicos distintos de los métodos deductivos. La psicología social permite también el aprendizaje de algunas técnicas e instrumentos de trabajo, como las técnicas de conversación y los informes de relación, las técnicas de grupo y la redacción de sus informes. Paralelamente a estas técnicas, se desarrollan métodos de análisis y de organización del trabajo.¹⁵

La interrogante sobre las necesidades fundamentales de la persona nos lleva al estudio de los grandes procesos que se encuentran con frecuencia en las situaciones que se presentan al cuidar: conceptos de duelo, de pérdida, de crisis, así como el concepto de estrés con sus aspectos físicos, psíquicos y afectivos, el concepto de umbral, y la comprensión de los fenómenos ligados a la dimensión oculta:¹⁶ el espacio y el tiempo, que es su corolario.

Estos conocimientos, juzgados con frecuencia como superfluos y accesorios cuando se empezó a valorar la relación cuidador-persona cuidada, se introducen lentamente en el medio profesional de enfermería. Asistimos con frecuencia a una excesiva valoración de la metodología en detrimento de la comprensión del contenido de la información recogida a lo largo de la relación cuidador-persona cuidada. La metodología introduce otra clase de técnica, asegura; por el contrario, el contenido de la información obtenida en el transcurso de las entrevistas pone a menudo en tela de juicio las creencias, ritos y valores, y suscita el replanteamiento personal de las cuidadoras.

Pero no basta con los conocimientos para comprender lo que vive el enfermo, lo que necesita. Al estar demasiado centrados en la persona que tienen que ayudar y cuidar, dejan de lado los sentimientos de la enfermera. La sólida tradición de la neutralidad, de la asistencia a toda persona por amor y por beneficencia, enmascara con pudor las reacciones de rechazo o de simpatía, de desagrado o de satisfacción, que se mezclan en todas las situaciones que se presentan al cuidar. Cuidar y aprender a tener en cuenta a los dos sujetos de los cuidados, tanto al que cuida como al que es cuidado, hace que las enfermeras quieran reflexionar sobre las emociones y las actitudes que acompañan a los cuidados. Así, Elizabeth Stussi recurre al enfoque del *análisis transaccional*. Utilizando los trabajos de Eric Berne, introduce por primera vez en Francia, en el medio no psiquiátrico, esta forma de reflexión que permite aclarar los procesos afectivos que se encuentran en el transcurso de los cuidados de enfermería.¹⁷

La nueva orientación de la práctica de enfermería introducida por la relación cuidador-persona cuidada y el deseo de comprender las necesidades fundamentales de la persona, crean nuevas exigencias en la formación de las enfermeras. Se hace indispensable una reforma de los estudios de enfermería. La reforma preparada desde 1967 por el Comité de Convenios de las Escuelas de Enfermeras y de las Escuelas de Formación, bajo el perseverante y estimulante impulso de Marie Thérèse Bonsart, se hace efectiva con la edición del “Nuevo Programa” de estudios de enfermería en septiembre de 1972.¹⁸

La orientación de los conocimientos que hay que adquirir ya no está centrada en la patología y la enfermedad en sí, sino en la “comprensión de las necesidades de salud de las personas y de los grupos”.¹⁹ Sin embargo, antes de la reforma de los estudios de enfermería, se amplía el campo de conocimientos profesionales por el acceso de la profesión a la formación universitaria, particularmente la ofrecida en las facultades después de las UER de las Ciencias Humanas.²⁰ A partir de este momento, los cursos de perfeccionamiento se han ido transformando poco a poco y los cursos de formación continua, puestos en marcha desde 1969 por la EIEIS y desarrollados después por las diferentes asociaciones profesionales, han permitido que estos nuevos conocimientos sean accesibles a las enfermeras de los servicios y que se enriquezca así directamente la práctica profesional.

TECNOLOGÍA

Los instrumentos que emplea la enfermería proceden de otros terrenos diferentes a los de la práctica médica, particularmente los que vienen de la

psicología social. Su utilización requiere de conocimientos técnicos como hemos podido comprobar: técnicas de conversación, de grupo y también de organización del trabajo. Estas técnicas no tienen por objeto suprimir las técnicas médicas, sino que permiten preguntarse por su necesidad, por la manera de utilizarlas teniendo en cuenta a la persona enferma, su contexto de vida, sus aspiraciones, sus temores y sus objetivos.

Con la corriente de la relación cuidador-persona cuidada, las enfermeras descubren y se inician en el uso de toda clase de instrumentos que sirven para recoger, analizar, tratar, consignar, coordinar y dar curso a la *información*. Acostumbradas hasta este momento a emplear casi exclusivamente las formas de comunicación oral, o a consignar los cuidados según los trabajos que hay que hacer en el conjunto de un servicio, la relación cuidador-persona cuidada obliga a utilizar instrumentos precisos que tienden a recoger y a guardar la información relativa a cada enfermo que complementa a la de la enfermedad, y que está indicada por el conjunto de exploraciones y de medicamentos u otros tratamientos. A partir de 1970, asistimos en varios servicios a la creación de un instrumento de enfermería que tiende a asegurar la continuidad de los cuidados y a permitir la evaluación: la *“carpeta de cuidados”*.

Esta iniciación a los instrumentos de información ha dado lugar al desarrollo y la multiplicación de algunos de ellos, como los cuestionarios o los *tests*. Es la etapa de la proliferación de los distintos instrumentos de información, que precede sin duda a otra necesaria etapa de simplificación que tiende a hacer su empleo más accesible y significativo. Esto parece indispensable ahora que la era informática ha llegado con sus nuevos códigos y procedimientos. Pasar en tan poco tiempo de unas formas de comunicación oral a la informática sin un aprendizaje suficientemente dominado de la información escrita, es un verdadero desafío para las enfermeras.

LA INVESTIGACIÓN

“El hombre debe ser el centro de investigación en los cuidados de enfermería”.²¹

El término “investigación” estuvo por completo inédito para la enfermería hasta los años 1968-1970,²² a pesar de la línea trazada en este terreno por las enfermeras de países extranjeros, o las incitaciones del Quinto Informe de la OMS del Comité de expertos en cuidados de enfermería. “Una profesión consciente de sus deberes debe plantear preguntas que susciten investigaciones, estar dispuesta a permitir investigaciones basadas en su actividad y llevar a la práctica el objeto de las mismas.”²³

Tras recuperar el espacio de la relación cuidador-persona cuidada en la práctica de enfermería, y haciendo de ella el contexto del trabajo de enfermería, comienza a nacer un planteamiento inevitable, una necesidad de preguntarse por las situaciones, de comprender, de preguntarse si es deseable o no prever y emprender otras cosas. Este es el motor de la investigación: descubrir, plantearse preguntas, tratar de verificar la información que se tiene y posteriormente investigar la naturaleza de los cuidados que hay que prodigar, de qué manera y durante cuánto tiempo.

Todas las etapas de la investigación están ahí, requieren que el personal de enfermería se familiarice con ellas, y que después las integre en la práctica de la enfermería. Esto no podría realizarse sin la incorporación del personal de enfermería a una enseñanza universitaria superior, donde la investigación forma parte integral del desarrollo y del dominio de una disciplina. Desde 1972, varios enfermeros y enfermeras emprenden el doctorado del tercer ciclo en pedagogía y en psicología, esperando poder crear uno en cuidados de enfermería. A partir de 1971, algunas regiones comienzan a desarrollar un interés por la investigación,²⁴ mientras que en la Asamblea General del CEEIEC de marzo de 1979, René Magnon toma la responsabilidad del Grupo de trabajo *Investigación y Prospectiva*. Se introduce la iniciación a la investigación en la formación dada en las Escuelas de Formación, y los primeros cursos sobre investigación en cuidados de enfermería se realizan en el marco de la formación permanente en 1978-1979.²⁵

Esta reciente apertura hacia la investigación en enfermería se realiza por tanteos, ensayos y errores, pasa por el aprendizaje de metodologías y está limitada a veces por la pobreza de un contenido profesional todavía insuficientemente ampliado y la dificultad que supone servirse de los nuevos conocimientos en la práctica cotidiana. Sin embargo, a través de estos sondeos, la investigación se va abriendo camino poco a poco en la enfermería. Tras la estela de la relación cuidador-persona cuidada, se abren tres vías de exploración:

- la *organización del trabajo*, con la necesidad de volver a estudiar de forma diferente la asignación de las tareas, para que tengan sentido en el proceso de los cuidados.

- la *pedagogía*, para formar al personal de enfermería en la utilización del plan de cuidados, de la “carpeta de cuidados”, y estudiar sus efectos para mejorar la calidad de los cuidados.

- las *necesidades del enfermo*, vía que ha permitido iniciar la *investigación clínica* en cuidados de enfermería y que comienza a extenderse desde los centros de formación hasta los centros de ejercicio profesional, particularmente en el hospital.

El interés por el estudio de los aspectos económicos sigue siendo excepcional.²⁶ La investigación en enfermería con frecuencia adquiere la forma de estudios y de trabajos, de los que actualmente varios han sido publicados y empiezan a servir de base a un patrimonio de conocimientos de enfermería que contribuye también a acrecentar el acervo de conocimientos humanos. El primer cuaderno de estudios dedicado a la *Investigación en cuidados de enfermería* aparece en 1980.²⁷

LAS PUBLICACIONES

A medida que se acentúa el interrogante sobre los cuidados de enfermería, que nace del deseo de aumentar los conocimientos del contenido profesional y que se afirma el deseo de hacer significativos los cuidados de enfermería, las publicaciones se diversifican, toman consistencia, y sobre todo se convierten en textos pensados, estudiados y redactados por profesionales. Se podría decir que en Francia, a partir de 1968, pero sobre todo después de la década de 1970, nace una prensa profesional, surgida del material de reflexión que aporta la corriente de la relación cuidador-persona cuidada que hace que se replantee la práctica de enfermería y se esboce otra concepción de los cuidados de enfermería.

En su vigésimo aniversario, en enero de 1971, la *Revue de l'Infirmière*²⁸ publica un número de especial interés sobre los grandes temas que se tratan en el seno de la enfermería. Este número se hace eco de la transformación del concepto de la práctica de enfermería que no puede seguir siendo ignorado un año tras otro. La *Revue de l'Infirmière* anuncia para los años siguientes: “mañana en su revista... hagan del enfermo-objeto su interlocutor”.²⁹ Si los artículos médicos todavía tienen un lugar importante, los artículos escritos por las enfermeras son más numerosos, mientras que las cuestiones de actualidad se hacen aún más variadas, así como el abanico de libros que se analizan (lo que verifica la verdadera ampliación de los conocimientos utilizados por la profesión). En junio de 1974, la *Revue de l'Infirmière* edita un suplemento que refleja otra orientación de la revista, pero que de momento sigue paralela, sin osar afirmarse demasiado; por lo tanto, las enfermeras escriben más, sus temas tratan generalmente de cuestiones que afectan a la vida cotidiana, de ejemplos de situaciones sanitarias y sociales, o de cuestiones de actualidad concreta que tienen relación directa con el ejercicio profesional, como el problema de las personas mayores o de los discapacitados.

En 1976, la revista *Soins* abre una sección “profesional” habitual, que presenta textos de enfermería sobre distintas cuestiones relativas a los cuidados o al servicio de enfermería.³⁰ Por otra parte, los artículos

médicos que siguen siendo los más numerosos, introducen secciones de “Actualidad”, “Legislación”, “Higiene hospitalaria” e “Información internacional”.

Las *Pages Documentaires* fijan el contenido de sus números, a partir de 1975, en temas relativos a la evolución de la profesión, a la evolución de la función de la enfermera, y a los cuidados de enfermería como actos responsables o actitudes de rutina.

En 1970 aparece el primer número de *l'Infirmière Enseignante, Bulletin d'information et de Pédagogie*³¹ creado por el Comité de conciliación de las Escuelas de Enfermeras y de las Escuelas de Formación. Concebido y redactado completamente por enfermeras, es un nexo entre las distintas escuelas de formación de enfermería e inaugura unas páginas pedagógicas que permiten dar a conocer experiencias y trabajos. Desde 1969, el CEEIEC edita números especiales sobre temas relativos a la evolución de los cuidados de enfermería y cuestiones pedagógicas.³²

Revistas profesionales de psiquiatría, como la del *GERIP*,³³ franquean el umbral de las escuelas de enfermeras “D.E.” y de los servicios. Los fondos bibliotecarios se enriquecen con libros de administración, de psicología social, de obras relativas al hombre y a su desarrollo.

Los *Estudios sobre los Cuidados y el Servicio de Enfermería* son los causantes del lanzamiento de los *Cahiers de l'AMIEC* en abril de 1975. *Les Cahiers*, elaborados alrededor de un tema que reúne un conjunto de trabajos, exigen el uso del método de la investigación y publican un número al año.³⁴

Desde 1971, los textos de enfermería no sólo son objeto de artículos, sino también de libros: la colección *Infirmières d'Aujourd'hui*³⁵ ya ha publicado hasta hoy veintidós obras, escritas en su mayoría por enfermeras.

Sin estos textos progresistas, las enfermeras y enfermeros no habrían llegado hoy a un tal planteamiento de los cuidados y el servicio de enfermería.

Repercusiones sobre la valoración social y económica de la enfermería

Ha transcurrido aún poco tiempo para poder constatar y considerar como certeros y duraderos los efectos tangibles de la corriente de revalorización de la relación cuidador-persona cuidada a nivel de la práctica de enfermería, tanto por parte de los que utilizan los cuidados como por parte de los cuidadores. Sin embargo, no se puede minimizar, y aun menos negar, un conjunto de efectos que, si todavía no han afectado a la mayoría de enfermeras en ejercicio, han marcado de manera profunda la práctica pro-

fesional y han contribuido a hacerle encontrar sus raíces, a revitalizarla y, por ello, a darle un nuevo impulso e incluso una nueva expansión.

REPERCUSIONES SOCIALES

Con el ascenso de la corriente de revalorización de la relación cuidador-persona cuidada, las *enfermeras* sienten amenazada su imagen social por el riesgo de desestabilizarse de un tipo de identidad adquirida, a alto precio, tras veinte años de esfuerzos para confirmarse como técnicos especializados, auxiliares de elección del médico. Esto es tan manifiesto que la relación con el enfermo aparece para muchos como otra opción de la aplicación de cuidados, una opción que se opone a la técnica, llevando a la enfermera hospitalaria a elegir entre ser “técnica o trabajadora social”.³⁶ Ahora bien, una orientación que preconice el desarrollo “de una función psicológica y pedagógica”³⁷ junto al enfermo es difícil de sostener “en el contexto actual, donde la técnica ejerce una influencia que no se puede ignorar. La concepción de las funciones de la enfermera, limitadas a una función de coordinación y de relación, ¿no está llamada a pasar de moda?, ¿se valorará la profesión con esta orientación?, o al contrario, al no tener competencias especializadas, ¿la enfermera no corre el riesgo de servir de comodín? ¿Qué significarán las relaciones humanas aisladas como tales a los ojos de los que administran y manejan el presupuesto de la Salud Pública?”³⁸

De hecho, la relación cuidador-persona cuidada tropieza con distintos obstáculos. Parece tanto más anticuado volver a dar prioridad al enfermo por medio de una relación concebida casi siempre *como evidente*, asociada a imágenes de la moral profesional: “¿Es la limosna que se le da al enfermo, la sonrisa o la palabra amable la que limpia la conciencia?”³⁹ Aún más, ¿no es acaso un señuelo proclamar que la relación cuidador-persona cuidada puede mejorar los cuidados a los enfermos si sólo hay sitio para la técnica? Esta posición es difícil de defender “puesto que querer salvaguardar un papel ‘humano’ cada vez más necesario para la profesión, en un hospital invadido por la técnica, se contrapone al hecho de que ya no hay sitio en términos de calificación, de tiempo de trabajo y de valor económico, para la relación humana entre la enfermera y el enfermo cuando la actividad está cada vez más ‘racionalizada’”.⁴⁰ Puede ser concebible que se le pueda dar cierta importancia a la relación si los cuidadores se dispersan entre una *sucesión de actos y trabajos que hay que cumplir*: “Hacer depender una relación de un gesto mientras que por otra parte estos gestos los hacen muchas personas diferentes y mientras que el despilfarro en segundos y en minutos distribuidos parsimoniosamente a cada cual no permite ni

incita a hablar ni a escuchar, es abusar de lo que se espera de esta relación”.⁴¹ Esta dificultad es tan grande que *dando prioridad a la relación dual* centrada en el enfermo, la formación en la relación cuidador-persona cuidada no prepara a la enfermera para actuar simultáneamente en el contexto hospitalario, ni en los engranajes institucionales. Ella moviliza de nuevo sus profundas motivaciones: ser capaz de ser útil al enfermo, pero quedándose casi totalmente desprovista ante el peso institucional y muy poco preparada para vivir las relaciones de paridad con los diferentes interlocutores sociales.

Además de estos hechos, acaso sea posible vivir las exigencias de la relación cuidador-persona cuidada de forma duradera sin tener un lugar para expresarse, para compartir, y sin posibilidad de concertarse con un equipo. Obligada a una alternativa permanente de empatía o de desapego con varios enfermos, uno se puede preguntar “si es humanamente posible para las enfermeras que viven en contacto constante con el sufrimiento y la muerte entablar lazos que exigen de ellas una implicación personal; en efecto, estos lazos siempre se romperán, bien por la separación o bien por la muerte”.⁴²

Sin embargo, “la relación psicológica con el enfermo, como valor central de la profesión, representa una importante corriente entre las enfermeras”.⁴³ La relación cuidador-persona cuidada vuelve a dar a la práctica de enfermería “el sentido humano” tan deseado y expresado por las motivaciones que orientan la elección de la profesión. Relativiza la técnica y permite replantearla, pero esto no se puede llevar a cabo si esta relación no se convierte en una ideología, en un fin en sí, y no conforta al cuidador en su rol de confidente, un rol demasiado pesado e imposible de llevar y mantener con muchos enfermos, que hace todavía más dependiente a la persona cuidada, acomodándose a esta situación como “una caza protegida”.

La relación cuidador-persona cuidada sólo tiene sentido y puede ser vivida si:

- tiene por objeto descubrir y reconocer la información necesaria para proporcionar los cuidados apropiados;
- permite entablar relaciones entre las diferentes informaciones relativas a la persona y a su enfermedad, y si recurre a diferentes fuentes de conocimientos para comprender su sentido;
- se inserta dentro de una acción profesional;
- permite la concertación con la persona que se cuida y su entorno, estimula su participación activa, y lleva consigo la concertación y la coordinación con el resto del personal cuidador;
- contribuye a asegurar la continuidad de los cuidados, a situarlos en un periodo;

- aporta señales y referencias para valorar la calidad de los cuidados.
- Para poder realizarse y ser eficiente a nivel de los servicios, requiere:
 - una formación profesional que permita iniciarse, medir los umbrales, los límites y los escollos mientras no se domine bien;
 - una reorganización del trabajo en función de otro concepto de los cuidados de enfermería;
 - un reajuste de las tareas técnicas que no elimina, sino que les da sentido y las vuelve a situar en un contexto global;
 - la compañía periódica de una persona externa a fin de ayudar en el replanteamiento que lleva consigo, para permitir así asumir y encontrar una posibilidad de desarrollo, de satisfacción y de valoración.

Cuando esto se puede llevar a cabo, hay una valorización segura de los cuidados de enfermería, tanto por parte de los que son cuidados como por parte de los cuidadores. De todas formas, por mal utilizada que haya podido estar la corriente de la relación cuidador-persona cuidada en sus inicios, y a pesar de los numerosos obstáculos que se ha encontrado en su camino, ésta ha contribuido a hallar otras formas de valoración social para el personal de enfermería aparte de la competencia técnica. Dados los numerosos planteamientos y reacciones que ha suscitado, ha sido un analizador del “hecho social de la enfermería” y ha atraído la atención de otros interlocutores sociales distintos de los médicos. Es el origen de una literatura de enfermería inspirada en otras fuentes distintas de la moral profesional o de la técnica.

En cuanto a *los enfermos y a las personas cuidadas*, se vuelven a convertir en el objeto de los cuidados, ellos son la finalidad de los cuidados. Según cómo se viva y utilice la relación cuidador-persona cuidada, el estado “enfermo” se difumina en provecho de otros estados y roles vividos por la persona que es cuidada, y que pueden movilizarse. El enfermo encuentra su lugar social estando dentro de un servicio de cuidados. Según el grado de dependencia, y si éste es analizado de modo que aclare las áreas de autonomía que pueden ser movilizadas, el enfermo puede convertirse en un “paciente activo”,⁴⁴ tomar parte en las decisiones que afectan a su propia salud, e incluso desempeñar este rol junto a otros enfermos: es la educación de los enfermos por los enfermos.

Al valorar la *relación dual*, esta corriente tiene en cuenta algunos aspectos de lo vivido en relación con el entorno del enfermo, pero es lamentable que restrinja el plan de cuidados a las personas consideradas aisladamente, *descuidando la dimensión institucional y los factores sociales, económicos y políticos que determinan la enfermedad*. Al limitar el concepto de salud a la salud individual, esta corriente es demasiado restrictiva y otorga un alcance social muy reducido a los cuidados de enfermería.

La individualización de los cuidados no podría ser una filosofía suficiente para el futuro de los cuidados de enfermería, ya que todos pueden prestarse para cuidar (sin intención deliberada) algunos males si no se cuestionan los factores que los ocasionan.

REPERCUSIONES ECONÓMICAS

Es casi imposible sacar conjeturas. Lo que parece seguro es que hay una modificación en la naturaleza del costo y en la incidencia económica de los cuidados de enfermería.

En lo que concierne al *costo económico*, es necesario evaluarlo *en tiempo* que se dice que es más largo, pero eso no es seguro, ya que una buena comprensión de la información procedente del enfermo hace ganar un tiempo inestimable. Por el contrario, es indispensable reconsiderar la organización del tiempo haciendo un lugar al espacio dedicado a la relación cuidador-persona cuidada no como un sucedáneo, o un aditivo a cualquier cuidado técnico, sino como una actividad curativa, que tiene momentos importantes como los de la llegada del enfermo, la preparación para una intervención o el regreso a casa.

El *costo en personal* puede ser más alto en algunos servicios, pero esencialmente necesita una mejor utilización del personal y requiere que éste se beneficie de una formación apropiada.

El *costo financiero* tiene ambos precedentes, pero habría que valorarlo con respecto a la utilización de tecnologías y tratamientos médicos. El efecto terapéutico de la relación lleva a la disminución de algunos medicamentos o tratamientos, como podemos comprobar por la utilización de menos somníferos o perfusiones para rehidratar a las personas mayores.

La *incidencia económica* tendría que ser estudiada respecto a las personas cuidadas y a los cuidadores: los cuidados que proceden de la relación cuidador-persona cuidada tienen efectos terapéuticos irremplazables. Hasta nuestros días, los beneficios de estos cuidados se han comprendido sobre todo con los niños, y esto después de constatar las gravísimas secuelas dejadas por la hospitalización, o por los considerables retrasos del desarrollo psicomotor de los enfermos debidos a la valoración de los cuidados técnicos en detrimento de cualquier apoyo a las relaciones sociales. Del mismo modo, muchas enfermeras de servicios de adultos o geriátricos podrían dar pruebas de la validez de una acción sanadora que parte de la información que se comunica a lo largo de los contactos con la persona cuidada o con su familia, y ser testigos de esa influencia en los tratamientos medicamentosos, en la disminución de la duración de la estancia, o en la posibilidad de los enfermos de distinguir mejor aquello

que va a orientar su elección terapéutica.⁴⁵ Estos efectos tangibles, que son bien conocidos en los servicios por parte del personal cuidador, siguen siendo todavía bastante desconocidos para muchos, bien porque son molestos para una política de salud basada en la curación y en la excesiva medicalización de los servicios, o bien porque exigen ser publicados, cosa que todavía es poco accesible para las enfermeras que ejercen en el servicio debido al peso de su trabajo, así como a su falta de preparación para la comunicación escrita, y debido también a la insuficiente valoración que ellas mismas le atribuyen a su propio trabajo, teniendo más bien tendencia a depreciarlo.

La corriente relacionada con la revalorización de la relación cuidador-persona cuidada ha tenido en Francia un papel de “propulsor” de los cuidados de enfermería. Ha hecho que nazcan los conceptos de “cuidados de enfermería” y “servicio de enfermería” que hasta entonces, hablando claramente, no se basaban en un concepto, sino que se vinculaban a unos cuidados aplicados por enfermeras, por un personal de enfermería. Aun cuando este término sigue siendo ambiguo y necesita ser aclarado en cuanto a lo que abarca, tiene el mérito de dar una denominación a la práctica de enfermería y de contribuir así a desolidarizarla de la enfermera, con la que se confundía. Este es un gran paso en el camino de la profesionalización, que necesita consolidarse.

NOTAS

1. Oraison M., *Être avec... la relation à autrui*, Paris, Le Centurion, 1968, p. 63.
2. L'école de Cadres de la Croix-Rouge Française, “Enseignement théorique. Formation générale complémentaire”, *R.I.A.S.*, mars 1960, p. 116. La formación es impartida por M. Ardoino, Secretario General de la Asociación Nacional para el desarrollo de las Ciencias Humanas Aplicadas.
3. Por escuela mixta se entienden las escuelas que ofrecen la doble formación, de enfermera y de asistente social. Todas han sido fundadas después de la Segunda Guerra Mundial debido a la doble formación de las enfermeras visitadoras y de las enfermeras hospitalarias. La mayoría sólo ha conservado una de las dos formaciones, enfermera o asistente social.
4. Mordacq C., *Pourquoi des infirmières?*, Paris, Le Centurion, 1972, p. 62.
5. Henderson V., *Basic Principles of Nursing Care*, Londres, I. C. N., 1961.
6. École du Comité National de Défense contre la Tuberculose, Paris. École d'Infirmières de Chartres.
7. OMS. *Comité OMS d'Experts des Soins Infirmiers*, Cinquième Rapport, Série de Rapports techniques n° 347, Genève, 1966.
8. *Ibid.*, p. 33.
9. La Escuela Internacional de Enseñanza Superior de Enfermería es creada a incitación de la Organización Mundial de la Salud en 1963 e inaugurada en 1965. Decreto de 27 de julio de 1967.

10. "Le malade, objet de notre sollicitude"; *R.I.*, enero 1971, pp. 37-42.
11. Ver para este tema: Duhart J. y Chartron-Drassard J., en "Sociologie de la Médecine", *Revue française de Sociologie*, febrero 1973.
12. Mordacq C., Stussi E, et autres, "Le Plan de Soins", *Bulletin d'Information et de Pédagogie*, CEEIEC, número especial, noviembre de 1970.
13. No confundir con la sectorización en psiquiatría ni con el recorte en los sectores de las circunscripciones de acción sanitaria y social.
14. Bachelot H., "Prospective dans le domaine de la formation", *R.I.A.S.*, julio-septiembre 1967, pp. 659-664.
15. Montesinos A., *L'infirmière et l'organisation du travail*, Paris, Le Centurion, 1976.
16. Hall E., *La dimension cachée*, Paris, Seuil, 1968.
17. E. Stussi: Enfermera Responsable de Formación permanente en EIEIS hasta abril de 1979, organiza con el doctor A. Beetchen el primer grupo BALINT para enfermeras en enero de 1978. En marzo de 1979, organizó en el EIEIS el primer curso de análisis transaccional con Ted Novey.
18. "La réforme de l'enseignement infirmier", Temas recogidos por N. Wehrlin, *RIAS* diciembre de 1969, pp. 1211-1216. La reforma de los estudios de enfermería se debe a un conjunto de acontecimientos que contribuyen a forzar la evolución de la profesión; entre ellos hay que mencionar especialmente los *Acuerdos europeos sobre la enseñanza y la formación de las enfermeras*, firmados por Francia el 30 de noviembre de 1967, y la presión de los acontecimientos de 1968.
19. *Programme des Etudes d'Infirmières*, Arrêté du 5 septembre 1972, Présentation du programme, p. 3.
20. La primera formación universitaria para enfermeras en Francia fue la de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur, abierta desde 1965. En 1975, l'Assistance Publique de Paris ofrecerá un Máster en Ciencias y técnicas de gestión hospitalaria.
21. Bohe-Fournier M., "Une expérience d'enseignement des Soins Infirmiers en École de Cadres", *Infirmière Enseignante*, n° 5, mai 1978, pages pédagogiques.
22. Se exceptúan algunos estudios pedagógicos de C.E.E.I.E.C., que publica, entre otros, los informes de las jornadas pedagógicas de las Monitoras en febrero de 1965, bajo el título: *Recherche pédagogique en Écoles d'Infirmières*.
23. Comité d'Experts des Soins Infirmiers, *op. cit.*, p. 30.
24. Bachelot H., "L'évolution de la Recherche dans la Profession Infirmière", *Les soins Infirmiers et la Recherche*, AMIEC, cahier n° 6, 1980.
25. Sesiones ofrecidas en el EIEIS por C. Mordacq y J. Goodwin.
26. Thèse de Hacquart G., *Aspects économiques de l'unité de soins hospitalière*, Paris, Ed. Médicales et Universitaires, 1976.
27. AMIEC. *Les soins Infirmiers et la Recherche*, n° 6, 1980. En este número, R. Magnon presenta una bibliografía exhaustiva de los artículos escritos sobre la investigación de enfermería.
28. *La Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale* (R.I.A.S.) se convierte en enero de 1971 en *La Revue de l'Infirmière*. Nadine Wehrlin, enfermera, es la redactora de la revista desde 1961.
29. En abril de 1976, la *Revue de l'Infirmière* termina su publicación.

30. La redactora de la revista *Soins* desde 1974 a 1979 fue Françoise Buchard, enfermera, que dio un impulso profesional a la revista.
31. *L'Infirmière Enseignante* fue lanzada por M.T. Bonsart; más tarde, la responsabilidad de la redacción fue de diversas enfermeras. Actualmente la lleva O. Radenac.
32. Six BIP, números especiales, se editaron hasta ahora.
33. Revue de GERIP, Groupe d'Études et de Recherche des Infirmiers Psychiatriques.
34. *Les Cahiers de l'AMIEC* están publicados por la *Commission de Publication de l'Association* "Les Amis de l'École Internationale" comisión que preside René Magnon, que ha impulsado esta publicación.
35. Publicada en las Ediciones del Centurión, esta colección está dirigida por C. Mordacq y Y. Hentsch.
36. Chauvenet A., "L'infirmière hospitalière technicienne ou travailleur social", *PROJET*, n° 90 décembre 1974, pp. 1135-1148.
37. *Ibid.*, p. 1145.
38. Comité de Rédaction de la *R.I.*, "Quel est l'avenir de la profession d'Infirmière?" *R.I.*, enero 1971, p. 21.
39. Raine S., "La relation infirmière-personne malade, une fin ou un moyen?" *R.I.*, enero 1971, p. 21.
40. Chauvenet A., *op. cit.*, p. 1145.
41. Raine S., *op. cit.*, p. 35
42. *Ibid.*, p. 32.
43. Chauvenet A., *op. cit.*, p. 1146.
44. Martin J., "Le patient actif", *Chronique OMS*, vol. 32, febrero 1978.
45. "Qu'est-ce que soigner des êtres humains?" dans *Soins Infirmiers, acte responsable ou geste routinier*, CCPS, noviembre 1980, p. 82.

Corriente centrada en el desarrollo de la salud

Las personas tienen el potencial de su salud. Los trabajadores sanitarios y sociales sólo tienen que proponerse ayudarles a liberarlo.¹

Si no es sencillo intentar hacer un estudio retrospectivo de las distintas corrientes que han influido e influyen en la enfermería de nuestros días, abordar la última de estas corrientes resulta todavía más difícil. Esto se debe a que, al ser reciente su aparición en Francia, es difícil de comprender por la variedad de concepciones y creencias de (las) que se nutre, y porque mueve a pequeños grupos de una gran diversidad, todavía poco representativos de forma numérica, pero socialmente muy comprometidos debido al deseo de volver a situar el proceso salud-enfermedad dentro del conjunto de sus dimensiones sociales, económicas y políticas. Para estos grupos, la salud y la enfermedad ya no se consideran sólo con respecto a la individualidad de cada persona, ni basta con *responder a las necesidades sanitarias por medio de un complicado sistema de curación; la salud y la enfermedad son el reflejo de un hecho social*: “Nuestra concepción de la sanidad pública está ampliamente definida por el dominio del mecanismo hospitalario [...], que nos informa sobre cuestiones de salud como si éstas dependieran exclusivamente de la consumación de los cuidados médico-hospitalarios. Y, de esta forma, tiende a enmascarar el hecho de que nuestras enfermedades derivan también de las condiciones sociales, piensen en los accidentes y en las enfermedades profesionales, en los trabajos que entrañan riesgo, en los contaminantes industriales, etc.; hay que cambiar todo esto con urgencia. La medicina nunca reestablecerá la salud si ésta está minada por las condiciones sociales”.²

Esta corriente, de manifestación tardía en Francia, tiene diversas fuentes y adopta diferentes vías de las que, entre las más significativas, podemos recordar:

— la aportación de los trabajos realizados en el campo de la biología y la fisiología, sin descuidar la irremplazable contribución de las ciencias humanas como la antropología, la sociología y la demografía;

— la necesidad de responder, de forma diferente, a las necesidades sanitarias, tal y como se observa en primer lugar en los países en vías de desarrollo, y más tarde en la sociedad occidental;

— el nacimiento o la reaparición de movimientos sociales que dan lugar a un replanteamiento del trabajo social, así como de la acción sanitaria y social.

APORTACIÓN DE LOS TRABAJOS REALIZADOS EN BIOLOGÍA Y FISIOLÓGÍA

Desde 1950, los trabajos de Hans Selye muestran el carácter poco diferenciado de algunos estados de malestar como la fatiga o el estado nauseabundo. Su análisis permite dilucidar los fenómenos de *estrés de la vida*.³ Estos trabajos abren nuevos caminos a los investigadores. Muchos de ellos se inclinan hacia el proceso de adaptación. Entre éstos, el biólogo René Dubos, al estudiar la acción de los determinantes bioquímicos en el entorno, llegó a reconsiderar la interrelación y la interacción del hombre, de la sociedad y del ambiente. Sus observaciones sobre hechos biológicos obligan fundamentalmente a volver a poner en duda el concepto estático de salud y de enfermedad: *“las definiciones habituales de salud son, por tanto, incompletas puesto que consideran el problema desde un punto de vista egocéntrico y estático. Sus definiciones sólo están formuladas en términos que conciernen a la persona como individuo, mientras que también deberían considerar a la colectividad”*.⁴ Esto demuestra la necesidad de volver a pensar en el proceso salud-enfermedad como fenómeno dinámico de lucha y de adaptación continuo; ahora bien, estas definiciones “consideran la salud como un estado, mientras que lo más importante es la adaptabilidad dinámica a los factores del entorno que afectan al comportamiento y al bienestar”... “En el caso del hombre, la adaptación incluye sus proyectos futuros, al igual que sus sueños y sus temores. Más aún, toda persona pertenece a una fraternidad humana, por eso *el concepto de salud pública aparece como un vasto componente de responsabilidad social*”.⁵ Estas perspectivas renuevan por completo los estereotipos de salud. Otros biólogos contribuirán de forma complementaria a estas nuevas orientaciones, como François Jacob y Henri Laborit en Francia.⁶

Sin embargo, esta nueva concepción de la sanidad no hubiera podido tener efectos tangibles sin la inestimable aportación de las ciencias humanas y sociales que permiten una ampliación de los conocimientos y una mayor comprensión de:

— la importancia de los hábitos de vida, costumbres, creencias (antropología),

- los fenómenos institucionales (sociología),
- la importancia del género y número de la población (demografía),
- la dimensión económica de los cuidados (economía).

NECESIDAD DE RESPONDER EN FORMA DIFERENTE A LOS REQUERIMIENTOS SANITARIOS

Esto se debe a la comprobación, primero en países en vías de desarrollo, que los servicios no abarcan o casi no abarcan a la mayoría de la población a pesar de los enormes gastos “de sanidad” (medicamentos, aparatos, hospitales). Desde 1973 la OMS, preocupada por estos hechos, se inspira en las orientaciones sanitarias desarrolladas en China y en Cuba, recomendando el desarrollo de los llamados “cuidados de primera línea”, los “cuidados de primer recurso” llamados más tarde “cuidados de atención primaria”, es decir, de primera necesidad.

Estos cuidados deben poder prodigarse donde viven las personas, bien sea en el medio rural o urbano, cerca de su casa, de su lugar de trabajo (de ahí la expresión “primera línea”). Estos cuidados son los cuidados habituales, los más sencillos.

Como estos cuidados solicitan la participación de la población, tienen por objeto hacerla activa y consciente del efecto del desarrollo de la sanidad, se dirigen al conjunto de la comunidad (colectividad local); de ahí la denominación de “cuidados comunitarios”. Estos cuidados comprometen a la vez a la población y al personal de salud, así como a toda persona que, por sus funciones, ayuda a la sanidad: todos a los que atañen los recursos alimentarios, económicos, de educación, etc. Necesitan, por tanto, estar pensados después de concertarse.

De 1970 a 1990 esta corriente ha movido toda la política sanitaria de la OMS, tanto para los países en vías de desarrollo como para los países desarrollados donde la crisis económica ha puesto en tela de juicio el costo, siempre alto, de una medicina próspera.⁷ Desde 1974, las orientaciones que pondera esta corriente han sido objeto de estudios particulares para observar su transposición a nivel de los cuidados de enfermería, como lo fue el seminario sobre “los servicios de enfermería de las colectividades”.⁸ La conferencia de Alma-Ata, celebrada en septiembre de 1978 bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, promulgó veintidós recomendaciones que tenían por objeto el desarrollo de “*la Sanidad para todos en el año 2000*”, manteniéndola como *constitutiva del desarrollo social y económico*, y asegurando *la total participación de la población*.⁹

EL NACIMIENTO O EL RESURGIMIENTO DE MOVIMIENTOS SOCIALES

A partir de 1920, el *Movimiento de residencias sociales* en los barrios obreros, y la creación de las *Casas de barrio*, dan testimonio de la preocupación de crear estructuras de encuentro e intercambio entre la población. La Caja Nacional de Subsidio Familiar desarrolló antes de la Segunda Guerra Mundial una política de acción de los barrios por medio de los *Centros Sociales*, mientras que dentro del movimiento obrero se instigaron proyectos cooperativos.¹⁰

A finales de la década de 1950, asistimos de nuevo al nacimiento de diferentes movimientos sociales que traducen la necesidad de replantearse algunos problemas fundamentales que acarrear responsabilidades sociales, económicas y políticas de hombres y mujeres ante su porvenir. Sin aparente relación entre ellos, y tan variados como los *movimientos femeninos* que quieren encontrar un sentido a su cuerpo y determinar por sí mismas la elección o el rechazo de la maternidad, los *proyectos de autogestión* o los de las cooperativas asociativas en el medio rural, los *movimientos ecológicos* en defensa del medio ambiente o las *asociaciones de consumidores*, traducen una voluntad de reconsiderar las relaciones sociales, los procesos de decisión, las orientaciones políticas y económicas de los diferentes sistemas, entre ellos los de educación y salud.

Entre estos grupos, se establece el *movimiento social de desarrollo comunitario* debido a la exigencia, por parte de los trabajadores sociales, de una política social de asistencia y por el deseo de algunos de suscitar la participación y colaboración directa de la gente para tratar cuestiones relativas a sus condiciones de vida. En 1958 tiene lugar en Palermo el primer *Seminario de desarrollo comunitario* para las regiones subdesarrolladas de Europa, y en 1961, el Seminario sobre la formación del trabajo social comunitario.

Circulando por vías diferentes, salvo algunas excepciones, la corriente de desarrollo de la sanidad no afecta al principio a la enfermería en el hospital. Casi no modifica el trabajo de las enfermeras puericultoras que se ejerce en el centro de PMI, o el de las enfermeras escolares, si no es para incitarlas a “hacer prevención” o “campañas de educación sanitaria” inspiradas la mayoría de las veces en una concepción de una sanidad normativa. Por el contrario, va a servir de alguna forma como aliento a pequeños grupos de enfermeras de cuidados a domicilio, movilizándolo particularmente a las religiosas de los ambulatorios que, al no poder seguir asegurando el mantenimiento de su presencia entre la población obrera o rural en algunos sectores geográficos, intentan dirigir el interés

de la población local hacia el mantenimiento de un servicio de cuidados a domicilio. Tienen la oportunidad de plantearse con los usuarios el sentido y la finalidad de los cuidados a domicilio, replanteamiento que mueve también a algunas enfermeras liberales. Entonces, bajo el impulso de Michèle Barrot¹¹ y los Centros de Angers, de St. Chamond y de Rodez, surge el movimiento de los Centros de Salud cuya finalidad es desarrollar la salud individual y colectiva de la población asegurando más allá de los cuidados a domicilio, una acción preventiva con la participación directa de las personas, no sólo en los cuidados, sino en las decisiones que dirigen las acciones de salud, esto dentro de un enfoque comunitario donde usuarios y enfermeras son los participantes de la gestión. *El movimiento de los Centros de Salud* y de los *Puestos de Salud* han obligado a reconsiderar la práctica de los cuidados de enfermería a domicilio.¹²

Efectos sobre la práctica de enfermería de la corriente centrada en el desarrollo de la salud

RAZÓN DE SER DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Es la de ofrecer “los cuidados esenciales, universalmente accesibles a todos los individuos y a todas las familias de la comunidad por medios aceptables, con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país”.

Tienen “una dimensión social y una dimensión de desarrollo de las personas y de los grupos”.

Los cuidados de enfermería que participan en la atención primaria “tienen como vocación dominar los principales problemas de salud en la comunidad, y comprenden diversas formas: acciones de promoción, prevención, cuidados curativos y readaptación”.¹³

NATURALEZA DEL TRABAJO Y CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO OFRECIDO

La naturaleza del trabajo de enfermería puede variar de forma diferente según la concepción de la corriente centrada en la salud se entienda de forma normativa, ya sea llevando consigo acciones sistemáticas de control y educación sanitaria, o desarrollando interés para comprender los problemas de salud que pueden tener las personas a partir de sus condiciones de vida. En este caso, los cuidados de enfermería necesitan distinguir las necesidades de salud conociendo a las personas y su medio

de vida, haciendo un nexo entre la manifestación de la necesidad, el problema de salud y las condiciones de vida como la vivienda, el trabajo y el transporte.¹⁴

Desde una intervención bajo prescripción médica o la realización de un mandato como una visita a domicilio efectuada en el marco de una protección materna e infantil, el trámite consiste en descubrir las dificultades a las que se enfrenta un enfermo o una familia, lo que favorece este o aquel trastorno, malestar o perturbación, y junto con las personas afectadas, buscar cómo aminorar o resolver las consecuencias de la enfermedad sobre la vida cotidiana.¹⁵

Las primeras fuentes de información que sirven para los cuidados son los usuarios, así como los datos procedentes de sus allegados y de su entorno.

El análisis de los problemas individuales que tienen características comunes o que necesitan una compensación similar indica *factores de vulnerabilidad* cuya frecuencia repetida y su larga duración revelan el tipo de acción que hay que emprender con otros trabajadores sanitarios y sociales,¹⁶ para un conjunto de personas o de familias que tienen dificultades del mismo tipo. Los consejos como la educación sanitaria derivan de la comprobación concreta y del análisis de los problemas que se encuentran, no de una aplicación artificial de los conocimientos normativos. Así, varias prescripciones médicas del mismo tipo para tratar a personas afectadas de reumatismo dentro de un mismo barrio, pueden ser el punto de partida del análisis de ciertas condiciones de la vivienda que pueden conducir a una acción de saneamiento.¹⁷

Este modo de analizar los problemas de salud individual y los problemas relativos a este o aquel grupo social no se puede separar de la gestión del servicio de enfermería: la función de los cuidados se duplica forzosamente con la función de cometido de los cuidados, ya que a partir de la identificación de los problemas que se encuentran en las situaciones que se presentan al cuidar, se elaboran los proyectos de acción sanitaria y se hacen las elecciones financieras, que en los centros de salud son administrados con los usuarios, lo que requiere aprender a argumentar los proyectos, a expresar los conflictos, a negociar, así como una relación de paridad que reconozca las diferencias y los complementos. La prevalencia de los antiguos modelos cuidadores-cuidados, dominadores-dominados, hace difícil este aprendizaje. Así, conservando su carácter individual, los cuidados son estudiados dentro de su dimensión social, económica y política en el sentido de que afectan y conciernen directamente a “los objetos públicos”, “el bien público”.

CONOCIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SERVICIO OFRECIDO

La corriente centrada en el desarrollo de la salud es el origen de un gran enriquecimiento en la práctica de enfermería, ya que exige recurrir a un vasto campo de conocimientos para comprender las situaciones y saber utilizarlas en proyectos de trabajo. La aparición del concepto normativo de salud y de su corolario, la enfermedad, requiere tomar los conocimientos de todos los dominios que hablan de los hombres y permiten comprender sus diferentes costumbres, creencias, culturas, condiciones de vivienda y de trabajo. Las fuentes de estos conocimientos se encuentran en los diferentes “*medios de vida*” donde se desarrolla la infinita variedad de actividades humanas. Descubrirlos supone franquear los muros de la escuela y del hospital, y también aprender a observar, entender, aprender y osar dirigirse hacia los que no se conoce, a tener una relación diferente de una relación de ayuda. Pero saber utilizar los conocimientos que surgen en el seno de los medios de vida, exige comprender su sentido y poder explicar los fenómenos culturales, sociales y económicos; por eso se recurre a la antropología cultural,¹⁸ la sociología, la demografía, la economía, y a la biología, que renuevan la comprensión de los sistemas vivos. Esto requiere igualmente aprender a no aislar los factores y los fenómenos, sino a situarlos en un campo de interrelación y de interacción. Gracias a la formación universitaria, las enfermeras tienen acceso a estas ciencias desde 1965, mientras que la realización de un programa de enfermeras superiores de la salud pública se inicia en la Escuela de Formación de la Cruz Roja de París en 1970 y el decreto del 7 de agosto de 1973 ratifica esta formación.¹⁹ Diferentes cursos ofrecidos por la formación continua permiten la difusión de estos nuevos conceptos y conocimientos a nivel de las escuelas y de los servicios, particularmente los cursos “*Salud y Medio de vida*” creados con el objetivo de aprender a compaginar el descubrimiento del medio de vida realizado en el campo con el enfoque aportado por las ciencias humanas, para comprender mejor el significado de los problemas que se encuentran al cuidar, ya sea en el sector hospitalario o en el extrahospitalario. La aportación de estos conocimientos hace que se les considere como la base del primer año de estudios de enfermería, lo que se realizará con el programa del 12 de abril de 1979 que sitúa “este año de formación como un periodo privilegiado, por una parte, para el descubrimiento del ser humano en su unidad y su entorno, y por otra, para una iniciación a la función de enfermería”.²⁰

Nuevos horizontes, hasta ahora inexplorados no sólo por las enfermeras sino también por los médicos, vienen a abrir otras perspectivas a la práctica de enfermería, permitiéndole aprender la relatividad de la salud y comprender la enfermedad como el resultado de un conjunto de

fenómenos donde el aspecto orgánico no representa más que una de sus múltiples facetas. Los caminos abiertos por vías tan diferentes como la etnopsiquiatría, la medicina alternativa, la bioenergía o la biosociología, ofrecen infinitos medios para explicar los fenómenos de la vida de los que se nutre el personal de enfermería, intentando con más o menos dificultades integrar estos nuevos saberes en su práctica.

TECNOLOGÍA

Centrada en el desarrollo de las personas y de los grupos, esta corriente denuncia el crecimiento desconsiderado de las tecnologías complejas y rehabilita las *tecnologías sencillas* que pueden ser comprendidas y utilizadas por las personas, así como las *tecnologías apropiadas* que se adaptan a las necesidades de la gente, a sus recursos y a sus medios.

Recobrar el sentido *del cuerpo como primer instrumento de los cuidados*, como la primera de todas las tecnologías sencillas, se descubre mediante el aprendizaje de técnicas de expresión corporal como el yoga, la reflexología, los masajes (shiatsu, masajes californianos, etc.). La iniciación en otras técnicas suaves, como la utilización de las plantas, la homeopatía y la naturopatía, comienza a utilizarse en la práctica de enfermería, particularmente en los cuidados a domicilio. Todas estas técnicas están sustentadas por una filosofía existencial y no pueden disociarse de una relación entablada con el conjunto cuidador y persona cuidada; igualmente implican elecciones sociales.

Las técnicas suaves de las medicinas alternativas no eliminan los instrumentos de curación de la medicina alopática, pero los relativizan, rechazan su exclusividad y los obligan a replantearse su uso excesivo.

La corriente centrada en el desarrollo de la salud da lugar a la movilización de todo el potencial de vida y la autonomía que queda cuando se presenta una enfermedad o una discapacidad, por eso se inician *las tecnologías de compensación*²¹ para conocer aparatos, instrumentos que permiten recobrar una autonomía total o parcial.²² Este aspecto de la práctica de enfermería es fundamental y empieza a ser percibido como tal, llevando a que los centros de cuidados se reúnan para tener un fondo común de algunos aparatos indispensables para aumentar la autonomía de los pacientes y disminuir los esfuerzos del personal que cuida y de las familias. Cuidar se convierte en “ayudar a vivir”.

Esto supone desarrollar una capacidad de análisis de las situaciones que se plantean al cuidar, lo que explica los instrumentos de *información* para recoger los hechos, aprender a identificar la naturaleza de un problema, iniciar los cuidados de enfermería y asegurar su continuidad. Además, los

instrumentos indispensables para el conjunto del equipo como la planeación, el tablero para *visualizar* los datos de una situación, las bases técnicas de circulación de la información y la carpeta de cuidados enfermeros están en estudio en algunos servicios de cuidados a domicilio. Algunas enfermeras han comenzado incluso a iniciar a las familias “en el cuaderno de cuidados”, donde todas las personas que cuidan a un mismo enfermo consignan la información, permitiendo asegurar una continuidad en los cuidados: el médico, la familia, la enfermera, el servicio doméstico, o cualquier persona que forma parte activa de una misma tarea de cuidar.

LA INVESTIGACIÓN

“Avanzar de pregunta en pregunta, de hipótesis en hipótesis, sin basarse en definiciones estereotipadas, es dar a estos cuidados de enfermería, que se volverán a definir sin cesar, el dinamismo necesario para adaptarse a las diversas situaciones de la vida que están en continua evolución.” Esto representa los primeros pasos de una investigación en cuidados de enfermería realizados a partir de las nuevas concepciones del proceso salud-enfermedad; así lo asegura Nicole Exchaquet en el prólogo del cahier de l'AMIEC, *Santé et Milieu de Vie*.²³

Si los estudios efectuados son todavía poco numerosos en este campo, es debido a que esta corriente moviliza nuevos enfoques que tienen que “investigarse” a sí mismos antes de llegar al estado de una investigación más elaborada. Por el momento todos los caminos permanecen abiertos, tanto a partir de los cuidados a domicilio, como de las acciones realizadas en el marco de la PMI; ellas no sólo comprometen, por otra parte, el terreno de los cuidados de enfermería, sino también el trabajo social comunitario, y requieren la participación de diversos trabajadores sanitarios y sociales. Algunas de estas vías empiezan a adquirir más importancia, entre otras los trabajos que se realizan en ciertos centros de salud alrededor de los criterios de *dependencia-autonomía* para justificar social y financieramente los cuidados de enfermería en función del grado de dependencia de las personas cuidadas.²⁴

LAS PUBLICACIONES

El interés que produce la corriente centrada en el desarrollo de la salud suscita la publicación de artículos que tratan sobre el descubrimiento del concepto de salud y de diferentes medios que favorecen una mayor comprensión de los factores que participan en el proceso salud-enfermedad. La enseñanza del primer periodo del programa de 1972 que trata

de la salud lleva a las enfermeras docentes de las escuelas a relatar distintas experiencias del descubrimiento del medio de vida en las Pages Pédagogiques de *l'Infirmière Enseignante*,²⁵ mientras que en 1971 aparece el número especial del CEEIEC: *Hacia el descubrimiento de la salud*.²⁶

Las revistas profesionales *Revue de l'Infirmière*, *Soins*, y la nueva revista de la salud *Symbiose*, abren sus columnas a artículos cada vez más numerosos sobre el hombre y su entorno, los cuidados de enfermería de la salud pública, las nuevas orientaciones de la OMS, etc. Del mismo modo, cada vez son más importantes las presentaciones de libros referentes a cuestiones sociales y económicas de la salud.²⁷ Por otra parte, una concepción de los cuidados de enfermería basada en el desarrollo de la salud interesa también a otras publicaciones además de las revistas exclusivamente profesionales: las enfermeras empiezan a ser entrevistadas o a escribir sobre las orientaciones de los cuidados de enfermería al servicio de la población en periódicos o revistas de interés general.²⁸

Repercusiones sociales y económicas

Estas repercusiones son completamente distintas según la filosofía que sustente el concepto de salud e incite a la acción. *Si la salud se convierte en un objetivo en sí*, una entidad que hay que defender o una norma que hay que imponer, entonces, la práctica de enfermería se inspira en una *aproximación a la norma* y denota un control sanitario. Tras la política sanitaria practicada desde principios del siglo xx y continuada por procesos sistemáticos de detección para descubrir a los portadores de enfermedades (tuberculosis, venéreas) sin afectar jamás a los factores económicos y sociales, las campañas de prevención o de educación sanitaria realizadas a toda costa en los barrios o en el medio escolar, siguen en la línea de esta filosofía. Con esta perspectiva, la práctica de enfermería apenas se valora, pierde la imagen de la tecnicidad y el reconocimiento social, ya que se asocia al modelo social de la inspección, e incluso a la represión. En cuanto a las campañas de educación sanitaria, son vanas palabras si no parten de comprobar los problemas que existen en el seno del grupo social, y si se realizan por medio de consejos y discursos dirigidos a las personas sin partir de ellas, de lo que experimentan, de lo que conocen, y con mayor motivo, sin haber descubierto sus costumbres, sus conocimientos, sus intereses y sus recursos socioeconómicos.

Por lo contrario, se puede comprobar el valor de la práctica de enfermería cuando se inspira en una concepción de la salud basada en el desarrollo de las personas y de los grupos, intentando comprender los factores que influyen en el proceso salud-enfermedad para intervenir a este nivel.

El concepto de salud que tiende a permitir que las personas administren el patrimonio de su salud es apreciado tanto por los cuidadores como por las personas cuidadas. Como hemos podido ver, aumenta considerablemente el campo de conocimientos de las enfermeras al no limitarlas a actuar por estímulo-reflejo en función de una sintomatología, sino que les permite acceder a los conocimientos que sitúan al hombre en la vida, participando en el dinamismo de lo vivo en sus formas culturales y sus dimensiones sociales, económicas y políticas. Esta apertura lleva al indispensable cuestionamiento de los cuidados, rompe la seudoneutralidad de los mismos haciendo conscientes a pacientes y enfermeras respecto a lo que orienta el proceso de los cuidados, la acción curativa.

“Con pacientes activos y enfermeras con capacidad de análisis ¿se producirá acaso un cambio profundo en la composición de los informes de salud?”²⁹ Esta es la cuestión que se plantea un periodista después de una entrevista a un equipo de enfermeras de ayuda a domicilio. Es cierto que en Francia, como en otras partes,³⁰ los efectos de la influencia de esta corriente sobre los cuidados de enfermería no son todavía tangibles más que a nivel de grupos pequeños. *Este tipo de enfoque de la salud y la enfermedad inserta los cuidados en la trama social y económica de la vida cotidiana*, intentando resolver poco a poco las dificultades y las preocupaciones que se presentan en las familias antes de que planteen problemas enormes, difíciles de dominar, que dan lugar a gastos importantes, muy costosos tanto para las familias como para la sociedad. Es partir de lo cotidiano, pero al mismo tiempo insertar los cuidados en un proyecto de acción de salud y asegurar su continuidad. En este contexto, los cuidados de enfermería retoman un *valor de mercado*, donde el personal de enfermería es el motor del desarrollo de los cuidados, que deja a las familias su iniciativa, estimulándolas, ayudándolas a encontrar su propia capacidad de cuidarse, acompañando su deseo de hacerse cargo de sí mismas y garantizando junto a ellas todo lo que todavía no pueden hacer o asumir en ciertos momentos de su vida (nacimiento, maternidad), o por su edad (personas mayores), debido a un defecto físico, o a algún *daño* temporal o definitivo.

Esta visión de los cuidados estimula la creatividad, la inventiva, tanto de los usuarios de los cuidados como del personal de salud; atenúa los fenómenos de dependencia y modifica considerablemente las relaciones interpersonales dentro del equipo de cuidados y de otros trabajadores sanitarios y sociales que se sienten afectados por su parte de responsabilidad: hay una sumisión de los estratos jerárquicos que no funcionan en sentido vertical sino de forma horizontal, es decir, en concertación. Esta visión afecta directamente a los usuarios de cuidados y a las familias, que se sienten afectadas y descubren la contribución de la enfermería en el mantenimiento de la

salud. De este modo, otorgan al trabajo de la enfermería un valor social que están dispuestos a defender en diferentes instancias, como la de los poderes públicos o la Seguridad Social. El servicio de enfermería ya no se considera como un servicio fantasma al que no se puede recurrir fuera de un hecho grave eventual, para uno mismo o para su familia (enfermedad, accidente, discapacidad), sino como *un servicio accesible a todos, insertado en el seno de la población que se convierte en el primer participante social*. Esto no ha ocurrido sin tropiezos ni obstáculos, de los cuales los más frecuentes han sido la imposición de las tradicionales ideologías caritativas, la novedad y la falta de raíces de las ideologías participativas, la desestabilización de las formas institucionales conocidas, la influencia de los modelos de referencia sociales cuidadores → personas cuidadas, empresarios → empleados, dominadores → dominados. La reciente búsqueda para la clarificación de los cuidados y el servicio de enfermería es todavía frágil con respecto a la sólida imagen de exactitud que goza la prestación médica, debido a los intereses de orden individual y corporativo, y de tipos de financiación inadecuados. La permisividad y la expresión de los conflictos (habitualmente eludidos o reprimidos en las estructuras burocráticas), la argumentación de los problemas, el reconocimiento de las diferencias, la utilización de recursos y de complementariedades y la negociación, son difíciles de aprender.

CONSECUENCIAS ECONÓMICAS

Las enfermeras de cuidados a domicilio “ejercen en un marco particularmente controlado y sometido a todas las instituciones médicas, hospitalarias y administrativas, sin dominio económico de su estatus profesional”;³¹ además, las consecuencias económicas son tan difíciles de valorar que esta forma de enfocar el nivel de los cuidados a domicilio pone totalmente en tela de juicio la financiación del acto y la capitalización de los actos. Al introducir cuidados que no están relacionados con las únicas tareas que requiere el enfermo, es necesario tener en cuenta el valor monetario del tiempo pasado en el domicilio para estudiar lo que queda de la capacidad de vida de alguien y ver cuál es la naturaleza de la ayuda que hay que darle a él y su familia. El financiamiento del acto gestual aislado no tiene sentido en este contexto. Un estudio realizado en 1980 por la UNACS³² muestra la reducción del costo de la Seguridad Social debido a esta forma de trabajo, y algunos centros de salud han podido evaluar el número de días de hospitalización evitados. Pero estos hechos alteran la concepción médica de los cuidados y la libre acumulación de actos a menudo desprovistos de toda acción curativa; además,

la situación financiera de los servicios de enfermería de cuidados a domicilio que han optado por este modo de acción sanitaria es crítica.³³ “Las cargas resultantes de las acciones preventivas y educativas de trabajo en equipo no están cubiertas por los organismos que pagan”.³⁴ Estas repercusiones del costo del servicio de enfermería comienzan a movilizar a las enfermeras de los servicios de cuidados a domicilio y a hacer que se interesen por el costo del servicio que se ofrece, lo que hasta hoy sólo hacían las enfermeras liberales.

Así, a pesar de las repercusiones económicas supuestamente favorables, los servicios de enfermería que optan por esta orientación desempeñan el papel de analizador de una elección de sociedad. Divididos en un sistema financiero de pago que satisface una distribución de los actos médicos, que rara vez están acompañados de una acción cuidadora, terminan viviendo de manera precaria asegurando *benevolentemente* los cuidados indispensables para poder seguir viviendo. El valor financiero de los cuidados de enfermería no puede quedar reducido a un acto automático ni dar sólo un valor monetario a los cuidados que dependen de un tratamiento o una vigilancia médica, mientras que sean considerados como actos gratuitos que responden implícitamente al *rol moral* de la enfermera, o a su conciencia profesional, la absoluta necesidad de un tiempo para la escucha, un tiempo para la reflexión y un tiempo para la información, de un tiempo para la concertación junto a los enfermos y sus familiares. De la misma manera, no se pueden seguir considerando como una actividad benévola las reuniones de trabajo en equipo y con los usuarios, ni las reuniones y las gestiones con otros trabajadores sanitarios y sociales. Lo que está en juego es un desafío terrible, ya que compromete no sólo las concepciones de la salud, sino el conjunto de una política socioeconómica.

Demostrando que “cuidar” no puede limitarse a “tratar”, esta corriente aclara un nuevo aspecto de los cuidados de enfermería y les da una dimensión social y económica extendida a la comunidad, suscita el desarrollo recíproco de los que utilizan los cuidados y de los cuidadores, es movilizadora y estimulante pero, al mismo tiempo, puede ser desconcertante ya que exige un requerimiento permanente de los hechos “banales” de la vida cotidiana. En este sentido puede confundir, ya que utiliza un enfoque y unos medios que no son espectaculares y que pueden dar lugar al sentimiento de “hacer pequeñas cosas”, y esto no satisface forzosamente la necesidad de prestigio.

Este enfoque de los cuidados origina otra forma de reconocimiento social y, sobre todo, exige estar de acuerdo consigo mismo. Por eso, no puede vivirse aisladamente, requiere la colaboración permanente de un

equipo que se sienta solidario a los proyectos iniciados con las personas y esté dispuesto a colaborar con los demás.

“Terminemos con una última observación. Desde hace varios años se podía observar un sentimiento de *malestar* y de *frustración* en el entorno de la enfermería. Los enfermeros y enfermeras recibían una formación cada vez más profunda, pero se veían privados de *toda autonomía* y de *toda existencia propia*: estaban encajonados en un rol de *auxiliar* mientras que su presencia junto al enfermo (el “cliente”) les daba ocasión de descubrir algunas necesidades de salud y de satisfacerlas. Contrariamente a otras profesiones (sociales, sobre todo), la enfermería no se ha contentado con cultivar este malestar y esta frustración; hemos asistido a un movimiento de toma de conciencia, de reflexión, y a múltiples iniciativas. Esto ha conducido al reconocimiento legal de un nuevo estatuto de enfermería y a cierto número de investigaciones y de creaciones, que ilustra la evolución de los Centros de Cuidados de Enfermería. Esta investigación es todavía titubeante, pero está estimulada por un innegable dinamismo y una concepción renovada de la salud y de la acción sanitaria y social”.³⁵

Cada una de estas corrientes da lugar a una pregunta diferente sobre lo que representa el proceso salud-enfermedad, y más todavía sobre lo que permite u obstaculiza el desarrollo de la vida de los hombres. Debido a esto, los tipos de respuestas aportadas a las necesidades sanitarias y los medios que utilizan son distintos. Así los cuidados y los servicios de enfermería están en una encrucijada de influencias que pueden ser antagonistas o complementarias.

Sin un cuestionamiento profesional, la práctica de enfermería puede seguir ciegamente una u otra de estas corrientes: ya sea dejándose llevar por la más predominante o intentando valorarse por otras vías.

De hecho, como hemos podido ver, cada una de estas corrientes puede contribuir a enriquecer la concepción de los cuidados de enfermería permitiéndole:

- tener en cuenta la técnica, pero preguntándose por las tecnologías más que por las técnicas, desarrollando las tecnologías relacionadas con los cuidados para el mantenimiento de la vida y relativizando las tecnologías para la curación, así como limitando su uso según la naturaleza del alcance de la enfermedad o del defecto físico de la persona que es cuidada;
- descubrir y comprender las situaciones que requieren cuidados, aprendiendo a recoger, descifrar y utilizar las informaciones que se obtienen a lo largo de la relación cuidador-persona cuidada y desarrollar, a partir de aquí, los medios para garantizar una continuidad en los cuidados;
- reintroducir los cuidados de enfermería en el medio de vida de la gente, tener en cuenta las condiciones de vida social y económica, y

solicitar la participación directa de la población devolviéndole a la gente el poder de cuidarse.

Cada una de estas corrientes ha contribuido a modificar la concepción del “rol de la enfermera” para encaminarse progresivamente hacia un cuestionamiento de la prestación de la enfermería, extrayendo poco a poco de su crisálida el concepto de cuidados de enfermería.

NOTAS

1. Reflexión de un equipo de Centro de Salud.
2. Touraine A., citado en el *Nouvel Observateur*, 7/13 enero 1979, presentando su libro *La voix et le Regard*, Seuil, 1979.
3. Selye. H., *Le stress de la vie*, Montréal, Ed. de la Presse, 1974.
4. Dubos R., “Le concept de la santé”. *A la découverte de la santé*. CEEIEC. BIP n° spécial, enero 1971, p. 5.
5. *Ibid.*
6. Ver bibliografía.
7. “Les problèmes que pose une médecine prospère”, *Chronique, OMS*, enero 1977, pp. 8-13.
8. “Les services infirmiers des collectivités”. Rapport d’un Comité d’experts de l’OMS, n° 558.
9. “La Conférence d’Alma-Ata sur les soins primaires”, *Chronique OMS*, vol. 32, no 11, noviembre 1978, pp. 439-462.
10. Desroche H., *Le projet coopératif*, Paris, Ed. ouvrières, 1976.
11. Michèle Barrot, enfermera religiosa, responsable en REPSA del sector extrahospitalario de 1972 a 1979.
12. Guyon M., Les centres de Soins, *Symbiose*, n. 3, febrero 1979, pp. 23-33. Verspieren P., “Évolution des Centres de Soins Infirmiers”. *Laënnec*, junio 1980, pp. 1-9. Ver también para este tema, los números “Francs Tireurs de la Médecine” y “La santé à Bras le Corps” de la Revista *Autrement*, así como el boletín multicopiado: “Lettre aux Religieuses Infirmières à domicile de 1970 à 1975” y “REPSA aux Infirmières Religieuses en Secteur extra-hospitalier” desde 1975.
13. La conferencia de Alma-Ata. *Chronique OMS, op. cit.*, p. 450.
14. Collière M. F., Réflexion sur une nouvelle approche des soins infirmiers de santé publique, *Soins*, 20 de junio 1975, pp. 31-35.
15. Fournier C., Scotto O., “De l’injection médicamenteuse au développement de soins de santé primaires”, *Ouvertures*, quatrième trimestre 1980, pp. 10-13.
16. *Ibid.*
17. Ejemplo vivido por Las enfermeras del Centro de Salud de S. Chamond, presentado en las conversaciones de Bichat en 1977.
18. Lecker E., “Anthropologie et Soins Infirmiers”, *Infirmière Enseignante*, noviembre y diciembre 1980, pp. 5-6; pp. 6-7. En 1978, el GRIEPS organiza cursos de “Cuidados de Enfermería y Antropología”.

19. Decreto del 7 de agosto de 1973 (J. O. del 17 de agosto de 1973). Creación del certificado de Enfermera supervisora de la Salud Pública. Hoy día dos escuelas preparan para este certificado: la Escuela de Formación de la Cruz Roja de París y la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) del Ministerio de Salud, en Rennes.
20. Programme d'Études Préparatoires au Diplôme d'État Infirmier et Infirmière. Arrêté du 12 avril 1979, p. 13.
21. En todos los cursos de cuidados a domicilio organizados en Lyon desde 1976, se da una iniciación a las técnicas de compensación.
22. "Handicapé, des idées pour mieux vivre..." *Revue de l'Infirmière, Information*, no 1, enero 1980, pp. 9-10.
23. *Santé et Milieu de Vie*, Cahier de l'AMIEC, n° 4, 1978, préface.
24. El Centro de Salud de Mâcon ha realizado diversos trabajos en este terreno que próximamente serán objeto de una publicación.
25. Al no poder citar aquí todos los artículos, remito al lector a las Pages Pédagogiques de *l'Infirmière Enseignante*, y particularmente a:
 — Soeur Elisabeth (et autres), "Santé et Urbanisme", I.E., n° 21, octobre 1972.
 — PAYCHENG O., "Réflexion sur la période du Nouveau Programme centré sur la famille", I.E., n° 29, juin 1973.
 — BOUCOLON N., "L'apport d'une séquence sociale dans la formation des élèves-Infirmières", I.E., n° 26, mars 1973.
 — CHAMONARD M.F., "Réflexions à propos de la séquence "Santé" dans la formation des élèves-infirmières" I.E., janvier et février 1976.
 — DIVERNET M.L., et PLANSON M., "A la recherche d'une autre pratique infirmière", I.E., décembre 1977 et janvier 1978.
 — MARTIN A. BESNIER E., "Empiler ses jours comme des assiettes grasses" I.E., janvier 1980.
 — Équipe enseignante "Projet pédagogique de l'École d'Infirmier (ères) du Centre Hospitalier de Rouen", I.E., février 1981.
26. *Op. cit.*
27. Ver "Votre revue a 25 ans" *Revue de l'Infirmière*, avril 1976, y particularmente "analyse du discours des articles de santé publique", pp. 309-311.
28. Ejemplos: *Monde Diplomatique*, mars 1975, Revista *Autrement*, septembre 1977, septembre 1980.
29. Rodes C., "Des Infirmières au rythme d'une ville", *La Santé a Bras le Corps, Autrement*, no 26, septembre 1980, p. 120.
30. *La prise en charge communautaire de la santé, Revue Internationale d'action communautaire*, printemps 1979, no 41.
31. Allocution de J.C. Albarracin au 46eme Congrès de l'ANFIIDE, Rouen, 22-24 octobre 1980.
32. UNACS, "Etude comparative 1977". Este estudio está hecho sobre el pago de los centros de cuidados en relación con el sector liberal. Documento offset.
33. "L'étranglement des centres de soins", *Le Monde*, 5 et 6 janvier 1980, p. 2.
34. Verspieren P., "Evolution des centre de soins infirmiers", *Laënnec*, juin 1980, p. 9.
35. *Ibid.*, p. 9.

Tercera parte

ENFERMERAS EN BUSCA DE IDENTIDAD

*La realidad profesional actual ha llevado a la enfermera a buscar y a expresar su nueva identidad.**

Enfermeras en busca de identidad o cuidados de enfermería que esperan ser identificadas, podemos deducir que una cosa no va sin la otra... Por lo tanto, parece que la identidad de la práctica de enfermería se sigue moldeando alrededor de la propia enfermera debido a la fuerza de las influencias a que está sometida en su medio de trabajo y a la imposición de los modelos sociales que encuentra, o al predominio de los conocimientos que puede adquirir y su forma de utilizarlos en su práctica profesional, una práctica más o menos cercana o distante, más o menos dirigida hacia los usuarios de cuidados, la formación o el aprendizaje del progreso científico. ¿Todas estas influencias modelan “una nueva enfermera”? (capítulo 9) ¿Podría adaptarse esta identidad a un modelo conceptual que le pueda servir como referencia? (capítulo 10).

* 45° Congreso ANFIIDE. *Infirmière Enseignante*, noviembre de 1979, p. 4.

¿Una nueva enfermera?

¡Nueva definición! ¿Nueva enfermera?¹

La influencia de las diferentes corrientes socioeconómicas sobre la práctica de enfermería modifica su rol, así como lo que se espera de éste. La imagen de la enfermera se transforma, se diversifica, se vuelve más confusa a medida que la estabilidad del rol se tambalea. La diversificación de su concepción, debida a la influencia de diferentes corrientes socioeconómicas, se acompaña de una búsqueda de identidad cuyo objeto sigue siendo, a menudo, la persona de la enfermera, como dar testimonio de más de un tema de los grupos de trabajo, de conferencias o de congresos. “El futuro de la enfermera”, “¿Cuál es la enfermera del mañana?”, “El nuevo rol de la enfermera”, “¡Nueva definición!”, “Nueva enfermera”, vuelven como temas centrales. Son la expresión de una profunda mutación que se intenta por diferentes vías y que se traduce esencialmente en una preocupación sobre la revalorización del rol para dar lugar a “la nueva definición de la enfermera” en la certeza del reconocimiento de un rol propio.² Preocupadas por la revalorización y la búsqueda de una identidad profesional, intentan principalmente afirmarse procurando:

- desmarcarse de la influencia médica
- adquirir el sello de una formación superior
- adquirir la imagen de marca de la investigación.

Desmarcarse de la influencia médica

Una de las mayores razones de insatisfacción del ejercicio profesional que crea uno de sus principales malestares no es tanto el estatus de auxiliar médico en el que la mayoría de las enfermeras se reconoce voluntariamente, como podemos darnos cuenta en todos los medios donde se expresan —lugar de trabajo, prensa y otros—, sino el resentimiento afectivo de la depreciación de su rol como un actor social cuyo trabajo no tiene autoridad. Esta mala vivencia del rol podría parecer contradictoria con la aceptación e, incluso, la mayoría de las veces, con la adhesión al

estatus de personal “paramédico”, “auxiliar médico” (en lugar de personal sanitario) si no se presta atención al hecho de que toda la construcción del rol de la enfermera se ha basado en la pertenencia a una doble filiación: la religiosa matrilineal y la médica patrilineal. Cada una de éstas integradas en redes institucionales (institución conventual, cuerpo profesional médico, hospital) han condicionado totalmente el aprendizaje del rol. Sometidas a estas dos filiaciones en el ejercicio de su práctica, se producirá entre las enfermeras un distanciamiento de la religiosa al aproximarse a la práctica médica por la vía de la técnica. Liberada de su forma conventual, y sin haber por ello contribuido deliberadamente, la filiación médica tiene un papel emancipador de las [mujeres]-enfermeras → auxiliares del médico. “Si las mujeres proceden de la costilla de Adán, entonces me temo que las enfermeras no proceden de la costilla de los médicos”, escribe Kay Partridge en un país donde la enfermería ha tomado impulso antes que la medicina.³ Esto tiene consecuencias determinantes acerca de las posibilidades que tienen de desmarcarse de la influencia médica. Según los lugares de ejercicio y el tipo de servicios, la influencia de la formación permanente, la preocupación por encontrar las raíces de su práctica profesional y el deseo de volver a dar sentido a los cuidados a los enfermos, las enfermeras utilizarán diferentes vías para distanciarse de la influencia médica. Cada una ejercerá su impacto en la evolución profesional. En función de las diferentes posibilidades que se les ofrecen en el seno del marco institucional, las enfermeras intentarán resituar su relación de filiación médica, cambiarla o darla por terminada.

DESMARCARSE ACERCÁNDOSE A LA PRÁCTICA MÉDICA

Puede parecer sorprendente, a primera vista, considerar que al acercar su práctica profesional a la de los médicos, las enfermeras (y también los enfermeros desde que se unieron a este grupo) contribuyen a desmarcarse de la influencia médica. Por tanto, analizando la identidad del trabajo tal como explica R. Sainsaulieu, podemos comprobar que, cuanto más próxima esté la práctica de las enfermeras en el hospital a la del médico, como en el caso de los servicios de especialidades, y más aún “los servicios de vanguardia dirigidos a la investigación”,⁴ más posibilidades hay de modificar la *marca socioprofesional* acercándola al “modelo* gratificante y seguro”⁵ que representa el médico. En estos servicios, las enfermeras se encuentran en situaciones que reúnen las tres condiciones esenciales de

* “Modelo” es tomado aquí en el sentido sociológico: “al cual uno desea identificarse por imitación”.

un deseo de reconocimiento de identidad parecido al del médico. Estas condiciones, tal y como las menciona Sainsaulieu, son:

— “*La condición de similitud*: la presencia de elementos comunes entre el sujeto y el modelo facilita la identificación”;⁶ en los servicios, estos elementos son los de la tecnología de vanguardia y de su corolario, el hipertecnicismo.

— “*La condición de poder*: la identidad es más importante si el modelo tiene prestigio”,⁷ cosa que aquí se da varias veces: prestigio del hombre frente a la mujer, del médico frente a la enfermera, prestigio de la filiación médica mediante la cual la enfermera adquiere sus conocimientos, sin hablar del prestigio del médico frente a los enfermos.

— Estas dos condiciones, ya muy impuestas, están reforzadas por “*una condición afectiva*: uno se identifica más con el modelo que le resulta simpático”;⁸ ahora bien, la relación de simpatía de la enfermera frente al médico es tanto más deseada cuanto más vecindad exista en el trabajo, y deseo de aprobación por parte del que representa un modelo sociológico tan considerable, no sólo por la combinación múltiple de prestigios que tiene.

Ante la imposibilidad de valorar otros roles que no sean el técnico, y viendo cómo se les confían y después delegan tareas médicas cada vez más considerables y complejas, las enfermeras intentan ser reconocidas de forma diferente por los médicos dando pruebas de una competencia que se acerca a la suya y que incluso puede sobrepasarla, disminuyendo así la distancia entre los roles en el ejercicio de su función, a falta de reducir la separación de su estatus jerárquico. Por el contrario, la distancia existente entre las devaluadas tareas referentes a los cuidados de mantenimiento de la vida aumenta considerablemente con la creación del estatus de auxiliares. “La tendencia de los individuos a diferenciarse de sus inferiores y a identificarse con sus superiores”⁹ es alentada por este estado que permite un desplazamiento efectivo del “marcaje socio-profesional” frente al médico, pudiendo tener la enfermera, al igual que el médico, alguien en quien delegar sus tareas.

Sería posible constatar que de otra forma, al utilizar otro medio, el ejercicio liberal de la profesión permaneciendo estrechamente dependiente de la prescripción médica, da pruebas de un deseo parecido a un desplazamiento del “marcaje socio-profesional” aspirando a las mismas prerrogativas de ejercicio liberal que la medicina liberal.

Así, al asimilar su práctica profesional a la médica, las enfermeras se desmarcan de la imagen devaluada, acercándose a la valorada imagen del médico. Actuando de esta manera, reducen el peso de la influencia del segundo.

Para ejercer efectivamente su función, tanto en el sector hospitalario como en el extrahospitalario, las enfermeras de algunos países piden que este rol ampliado (“expanded rôle”) sea reconocido de forma estatutaria. En Estados Unidos, por ejemplo, reivindican la creación de un nuevo estatuto de asistentes médicos (Physician’s Assistants).¹⁰ En Francia, ya se ha planteado la idea de realizar cursos para pasar de los estudios de enfermería a los estudios médicos, o crear troncos comunes con ciclos cortos y ciclos largos, como en el caso de la Université de Santé de Bobigny.

Esta identificación con la función médica para encontrar una forma de valoración acorde con los valores reconocidos en la institución hospitalaria y relacionada con la influencia de los médicos en la política sanitaria, así como con la orientación de la práctica curativa del personal sanitario, muestra todavía, si es necesario, la dificultad de identificar los cuidados de enfermería que pueden servir de base para la creación de una identidad profesional reconocida.

DISTANCIARSE DE LA INFLUENCIA MÉDICA, BUSCANDO OTROS MODELOS DE IDENTIFICACIÓN

Con la corriente de la relación cuidador-persona cuidada, no sólo las enfermeras pueden nutrirse de otras fuentes de conocimientos que no sean la ciencia médica, sino de otros hombres, portadores de nuevos saberes, que franquean el umbral de las escuelas de enfermeras y de los servicios. Por su mediación se pueden imaginar nuevos modelos sociales e intentar buscar junto a ellos otras formas de liberación. Por turnos el psicólogo, el psicosociólogo y, recientemente, el sociólogo, ejercen un poder de atracción que no sólo se explica por la novedad de las ciencias humanas. La entrada en el marco tan cerrado de la formación de enfermería de otros modelos sociales masculinos hace experimentar un cambio en la filiación médica patrilínea, y desear otras formas de identificación que con frecuencia vendrán a traducirse por otros tipos de filiación. Así, la referencia psicosocial toma el relevo de la filiación médica en las escuelas donde psicólogos y psicosociólogos, que buscan en ellos mismos una identificación de su propia práctica profesional, se ven confiados de un rol de analizadores de la práctica de enfermería. A diferencia del médico, actor social determinante de la aplicación de cuidados, los psicólogos y los psicosociólogos no ejercen en la institución hospitalaria.* Son raros los que penetran en ella,** por lo cual el análisis de los cuidados sólo puede

* Excepto en algunos servicios pediátricos y en servicios de psiquiatría.

** Actualmente algunos psicólogos o psicosociólogos hacen estudios en el medio hospitalario.

hacerse por medio de intermediarios: alumnas o enfermeras sometidas a todas las presiones del medio institucional sin haber podido delimitar sus competencias. Por otra parte, este análisis sigue centrado en los comportamientos cuidadores-personas cuidadas considerados aisladamente y, la mayoría de las veces, sin tener en cuenta factores reales como el hipertecnicismo, la división del trabajo por tareas, las especializaciones, el ejercicio de los poderes médicos y administrativos, o las actitudes de sumisión de los enfermos.

Todo esto ayuda a explicar que este distanciamiento de la influencia médica haya procedido esencialmente de las enfermeras docentes, alejamiento en el terreno del ejercicio profesional que permite, sobre todo, separarse de la práctica médica y de la preocupación por sustituir la moral profesional por un conocimiento más científico de los comportamientos para elaborar “el rol de la enfermera”, que no es ajena a esta situación.

En la institución hospitalaria, otros modelos de identificación social, como el de los administradores para las enfermeras-supervisoras y, enfermeras generales, pueden dar lugar a un distanciamiento de la influencia médica por el ejercicio de la función reconocida por el estatuto de “formación”. Debido a estos hechos, los encargados de “supervisar” la institución se acercan a una identidad social. La tendencia a identificarse con el modelo administrativo será más fuerte si el campo de competencia profesional está poco identificado y afirmado.

En el sector extrahospitalario, las formas de ejercicio profesional de la práctica de enfermería son tan diversas y diferenciadas que no se puede hablar propiamente de una influencia determinada de este o aquel modelo de identificación social que permite realizar de una forma privilegiada una separación de la influencia médica. En este sector, la distancia espacial existente entre la enfermera y cualquier interlocutor sanitario y social que interfiera con su trabajo, será un factor determinante del acercamiento o alejamiento de los modelos sociales que influyen en el modo de identificación de su práctica curativa. Así, la enfermera puericultora de los centros de PMI casi no se alejará de la influencia médica del pediatra —a pesar de los cursos de psicología infantil que haya podido realizar a lo largo de su formación—; por lo contrario, una enfermera que trabaje en un centro de ayuda infantil se parecerá al modelo social del psicólogo.

Como se puede comprobar, separarse de la influencia médica buscando otros modelos de identificación conduce la mayoría de las veces a otras filiaciones más que al dominio de una práctica profesional identificada.

INTENTAR DESMEDICALIZAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Preocupadas por tener un terreno de ejercicio propio, para las enfermeras otra forma de desmarcarse de la influencia médica es intentar desmedicalizar los cuidados de enfermería. ¿Pero qué tenemos que entender con esto? Esta es la pregunta que hacía un día un sociólogo a un eminente grupo de enfermeras durante la defensa de una tesina. “¿Con respecto a qué creen las enfermeras que es deseable la desmedicalización de los cuidados de enfermería? ¿Qué buscan? ¿Intentan sustraerse, distanciarse del poder médico, dejar de tener una función ejecutora? ¿O es porque pueden manejar un aspecto de los cuidados que les es propio?” Esta pregunta no tuvo respuesta. Responder es, en efecto, muy difícil sin haber dilucidado lo que se denominaba “cuidados de enfermería” y sin identificar lo que representan aparte de los cuidados médicos prescritos.

Al preocuparse por alcanzar su práctica profesional, es decir, la naturaleza de los cuidados de enfermería, las enfermeras se topan con diversas dificultades:

— La más frecuente de estas dificultades es *el equívoco que existe entre “cuidar” y “tratar”*. Sometidos a la prescripción médica, se denomina “cuidados de enfermería” a todo aquello que lleva a cabo la enfermera y que concierne a la investigación y al tratamiento de la enfermedad. La naturaleza de los cuidados para el mantenimiento de la vida y de los cuidados de curación, no estando identificado el objeto de los cuidados (el foco), está centrada en la enfermedad y en poner en su sitio la vigilancia y el tratamiento médico, a expensas de todo aquello que es capaz de dar sentido a este tratamiento. Por otra parte, no por ello se utilizan los conocimientos adquiridos en el terreno de la patología: rara vez sirven como indicadores para identificar los problemas del funcionamiento vital que se plantean en el enfermo o en su entorno.

— Otra dificultad procede de *la estimación arbitraria* de lo que una persona que requiere cuidados es capaz de proporcionar por sí misma o con la ayuda de otra; y, en el mejor de los casos, cuando se hace esta estimación, la apreciación de la naturaleza de la ayuda que hay que prestar y de su duración es casi siempre fortuita. La estimación arbitraria pasa por todo tipo de formas:

- Por parte de la *enfermera*, depende del tiempo, del personal según los días (semana, domingo), del cansancio, de la simpatía o la antipatía, de la necesidad de ser útil, de la invocación de autonomía del enfermo. Esto se traduce por “puede lavarse solo”, “si no quiere comer, peor para él”; o bien, al contrario, por lavados hechos cueste lo que cueste, niños a los que se les ha hecho comer cuando podían hacerlo solos, etcétera.

- Por parte del *enfermo*, depende de su personalidad, su clase social, sus exigencias, su familia, de la naturaleza más o menos vergonzosa o culpable de lo que padece: alcoholismo, intento de suicidio, etcétera.

La estimación arbitraria de lo que muestran los cuidados de enfermería se debe a la ausencia de signos significativos para sostener la práctica profesional de enfermería que, de hecho, oscila en todas las direcciones: del hiperproteccionismo al dejar hacer; de la decisión autoritaria a la más total imprecisión.

Una dificultad de más reciente aparición surgió con la *estimación sistemática* de todas las necesidades y todas las funciones. Ésta se hace gracias a instrumentos muy complejos elaborados a partir de diversas teorías. Dichas herramientas tienen por objeto “repasar a fondo” todos los terrenos que pueden interferir con la enfermedad o el defecto físico que cualquiera puede sufrir. Para estar seguro de no olvidar nada, se pasa revista de forma sistemática a todas las necesidades y funciones. Por ejemplo, el instrumento elaborado a partir de la teoría de las necesidades estimula la declinación de todas las necesidades, tengan o no relación con lo que la persona sufre.

De hecho, este método de investigación es muy antiguo,* sólo varían las teorías a partir de las cuales se elaboran las listas de los cuestionarios. Es una investigación sistemática, una anamnesis que adopta distintas formas según los conceptos que sirven de base para la elaboración de cuestionarios clave. Estos cuestionarios dirigen la lectura, dando prioridad a un modo de interpretar las situaciones de los enfermos, en vez de servir de instrumentos de referencia, en esta o aquella situación, en función de la naturaleza de los problemas encontrados.

La estimación sistemática del conjunto de las necesidades o de las funciones termina con una colección de informaciones que con frecuencia permanecen desorganizadas, sin relación entre sí, y no revelan forzosamente las principales preocupaciones de los receptores de los cuidados. Una vez recogidas, estas informaciones son, con frecuencia, poco o mal utilizadas, debido a que el instrumento para su recolección es demasiado complejo y a que la investigación sistemática casi siempre soslaya los problemas reales, ya que impone a las personas interrogadas una estructura de detección que no les resulta familiar, y a la que intentarán acostumbrarse ante el riesgo de no dejar aparecer lo que para ellos es esencial.

En la mayoría de los casos, estas investigaciones tan elaboradas son estáticas, ya que una vez establecidas, se reajustan poco y corren el riesgo de fijar al enfermo en un marco formal sólidamente apoyado y muy difícil de mover a medida que pasa el tiempo y la situación se modifica.

* Las preguntas sistemáticas de las consultas de PMI se practican desde hace tiempo de esta manera, por dar algún ejemplo.

La investigación sistemática, cuando se adopta, supone estimular la seguridad de los cuidadores que se dicen “no haber olvidado nada”. Pero ¿qué significa “no haber olvidado nada”? ¿No es mejor ser capaz de comprender y de señalar lo que se ha podido olvidar, o lo que tanto el cuidador como la persona cuidada pueden querer olvidar?

Intentar desmedicalizar los cuidados de enfermería es poder identificar su naturaleza y diferenciarlos de los cuidados médicos, tratando siempre de hacerlos complementarios. Junto a las dificultades mencionadas para llegar a esta identificación en la práctica cotidiana, hay que añadir todas aquellas que proceden de las condiciones de trabajo, de la pesadez de los cuidados, pero sobre todo la que ha hecho de la enfermera la encarnación de un rol dictado por los diferentes poderes confesionales, médicos e institucionales, sin que ella misma haya aprendido a desarrollar unas cualidades que interfirieran en el terreno de las relaciones sociales y se sitúen en la red de interrelaciones de las fuerzas presentes.

Adquirir el sello de una formación superior

Tributarias del duro pasado durante el cual las mujeres cuidadoras fueron excluidas por varios siglos de la cultura científica, viendo confiscado el inmenso patrimonio de su saber, las [mujeres]-enfermeras → auxiliares del médico no sólo permanecieron alejadas de las altas esferas del conocimiento, sino que con mucha frecuencia reprobaron su interés y utilidad para su práctica de cuidados. Para ellas, todavía más que para las mujeres de su época, los conocimientos amplios sólo pueden conducir al orgullo, a la fatuidad y, sobre todo, a desarrollar una facultad del pensamiento considerada como malsana, ya que corren el riesgo de apartarlas del trabajo tal y como se les ha prescrito. El conocimiento no era concebido para las enfermeras como algo deseable a menos que les permitiera comprender lo que se les pedía y tomar buenos consejos para realizarlo. Por eso, basta con que se reduzca a aquello que es indispensable para llevar a cabo tareas determinadas, sin otro tipo de planteamiento que no sea el estrictamente necesario para la aplicación de un saber-hacer que debe conciliar principios técnicos y morales. Todo esto contribuye no sólo a desconocer durante años el discurrir intelectual, sino la mayoría de las veces a condenarlo por no ser concreto, realista, práctico y estar inadaptado a la acción cotidiana. No podría haber sido de otra manera para todas aquellas que fueron obligadas a forjar un “pensamiento de enfermería” en esta unidad de tiempo y espacio que representa el complejo hospital-escuela donde pensar libremente, es decir, en cuestiones en las que no se ha pedido pensar, es distanciarse del rol asignado y, por ello, es amenazar

al grupo y a la institución. Además, en la mayoría de los países, la necesidad de adquirir unos conocimientos más amplios y diferenciados a fin de enriquecer la práctica de enfermería no ha sido un móvil importante para acceder a la universidad. Lo que sin ninguna duda parece mucho más determinante es la aspiración a un reconocimiento social acreditado. De hecho, una de las grandes preocupaciones de las profesiones que quedaron apartadas del ascenso social, es ganar credibilidad y valor social, particularmente por la vía de la formación universitaria, vía noble para acceder a títulos reconocidos.

Al hacer más o menos difícil el reconocimiento de los derechos socio-económicos de las mujeres, el clima religioso, social y político no podría ser ajeno al tiempo que hubiera sido necesario a las [mujeres]-enfermeras para intentar ser admitidas en la universidad, primero a título individual y más tarde como grupo profesional. Cuanto más predominantes sean la filiación religiosa matrilineal y la filiación médica patrilineal, mayor será el tiempo que pase entre los primeros diplomas universitarios de las mujeres y una formación universitaria de las enfermeras. En Estados Unidos, esta distancia es de veinticinco años mientras que en Francia es de un siglo,¹¹ ya que el primer programa de formación universitaria no se realizó sino hasta 1965, con la creación de la Escuela Internacional de Enseñanza de Enfermería Superior, a instancias de la Organización Mundial de la Salud.

LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA, UNA BRECHA EN LA FORMACIÓN TRADICIONAL

El acceso a la universidad origina profundos cambios en la enfermería; sin embargo, la enseñanza universitaria no se dispensa de forma segregada a las enfermeras por universitarios que ofrecen cursos especiales y de forma aislada a este público.

Entrar en la universidad permite a las enfermeras salir del espacio unidimensional del hospital-escuela y liberarse de la uniformidad de los modelos sociales que produce, para descubrir la polivalencia de las corrientes de pensamiento, su diversidad, su contradicción, su oposición, así como las diferentes opciones sociales, económicas y políticas que las sustentan. Además del acceso a terrenos del conocimiento extremadamente diversos y variados, la formación universitaria extiende la percepción del campo social, permitiendo encuentros con personas de cultura, edad y experiencia diferentes, tanto estudiantes como docentes. Permite establecer relaciones de naturaleza diferente de la de cuidador-persona cuidada o médico-enfermera. Las lleva a darse a conocer en otros lugares distintos de al lado del

enfermo y a establecerse en otros roles sociales. Beneficiándose de las aportaciones del pensamiento de los demás, las enfermeras descubren la posibilidad de contribuir y también de enriquecer la reflexión de los grupos de trabajo. Una constatación tal no podría tener un carácter banal cuando se mide la liberación que representa frente a la falta de estima transmitida desde hace tantos años por el modelo social de la enfermera, liberación que no llega realmente a madurar si no logra enseguida establecerse en el medio del ejercicio profesional.

La formación universitaria inicia el caminar interrogativo, obliga al cuestionamiento, conduce a la argumentación. Aun cuando esta argumentación se apoye a veces más sobre ideas que sobre hechos, desarrolla una capacidad de probar lo que se avecina. Además, permite adquirir el dominio del pensamiento escrito, ejercitándose por medio de la redacción de trabajos que son el preludio de las publicaciones. Es realmente, gracias a la formación universitaria, que las enfermeras empiezan a constituir un patrimonio de textos profesionales aparte de los artículos de moral profesional o los manuales de técnicas. En fin, por medio de la formación universitaria la enfermería se ejercita en la investigación y merodea en el caminar científico.

LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA: ¿ENFERMERAS REVALORIZADAS... O PLUSVALÍA DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA?

Como para cualquier grupo profesional que haya conocido durante mucho tiempo una privación y una subalimentación intelectual deliberadamente mantenida, la universidad representa una atracción particularmente codiciada. Sin embargo, al contribuir al enriquecimiento de las enfermeras y, de este modo, a su valoración, la formación universitaria no podría por ello permitir por sí misma mejorar y valorar una práctica de enfermería como son *los cuidados de enfermería*. Puede incluso engañar y aumentar el foso existente entre la aparente banalidad de las necesidades sanitarias cotidianas, la interpretación didáctica que se puede hacer de ellas y el pragmatismo técnico.

Diversas razones hacen que los efectos de la formación universitaria no tengan forzosamente la repercusión profesional que se podría esperar en la práctica. Entre estas razones, las más frecuentes parecen ser las siguientes:

— El pesado tributo de un pasado doctrinal no ha sido, sin duda, ajeno al hecho de que haya parecido más importante para la enfermería intentar beneficiarse de las aportaciones de la universidad, nutriéndose en primer

lugar de la pedagogía. Sin ninguna duda, esta última ha interpretado el papel de la moral profesional en las escuelas de enfermeras, los métodos de enseñanza han tomando progresivamente el relevo de las exhortaciones. Así podemos constatar que en todos los países donde las enfermeras han accedido a la enseñanza universitaria, se da prioridad —incluso en la actualidad— a la pedagogía, como si la práctica profesional aún estuviera basada en una estrategia de enseñanza cuyos métodos hay que afinar constantemente más que en el desarrollo de unas competencias cuya naturaleza hay que aclarar sobre el terreno del ejercicio profesional. Los primeros doctorados obtenidos por enfermeras son doctorados en pedagogía.

A esto se le añaden las razones prácticas del medio de trabajo que han hecho que las enfermeras docentes sean las primeras en contactar con universitarios que no sean médicos, lo que las ha impulsado a intentar complementar su formación. Muy sensibilizadas por el interés de adquirir una formación superior y al poder ajustar fácilmente sus horarios de trabajo, las enfermeras docentes son las únicas al principio, pero luego serán, por mucho, las más numerosas en beneficiarse de esta formación, sin ser nunca sustituidas en su ejercicio profesional para confrontar las aportaciones de esta formación en la práctica cotidiana.

— Dejando aparte sus aspectos técnicos, durante muchos años se ha considerado a la práctica de enfermería dependiente de la buena conciencia, de la abnegación y del deber moral. Además, las enfermeras tienen pocas posibilidades de pretender o incluso de imaginar que los nuevos conocimientos puedan contribuir al desarrollo clínico de su práctica, al contrario de lo que ocurrió con la práctica médica. Por eso, además de la pedagogía, los diferentes programas de formación universitaria que se ofrecen a las enfermeras dan prioridad, en principio, a la enseñanza de disciplinas relativas a la organización del trabajo y a la administración, sin haber cuestionado previamente el contenido mismo y la aproximación de los cuidados de enfermería, sino invocándolos como finalidad de la gestión o de la administración del servicio.

Todo esto explica el que la formación universitaria haya servido durante mucho tiempo para formar enfermeras con funciones de enseñanza, de organización y de dirección, reforzando así las bases de la carrera profesional a expensas del desarrollo del campo de competencia profesional, así como de su valoración social y económica.*

* Es importante constatar que, incluso en la actualidad, cualquier programa universitario de enfermería creado por primera vez en un país tiene todavía este defecto; así de imponente es el dominio del pasado o de los modelos sociales de países que han establecido una formación superior.

— Con la aparición de las ciencias sociales, comienza a hacerse un replanteamiento de la naturaleza, del contenido y del enfoque de los cuidados de enfermería. Pero incluso así, este cuestionamiento sólo puede ser efectivo si las enfermeras pueden aportar los nuevos conocimientos a las situaciones que se plantean al cuidar, no como observadoras o como teóricas, sino siendo ellas mismas los actores para después poder estudiar cómo actuar en la gestión, las condiciones de trabajo y sostener otras relaciones sociales. Analizando su propia práctica de cuidados, se convierten para permitir que otras personas lo hagan para medir así las dificultades, distinguir los atolladeros y afrontar los desánimos y buscar por tanteo. Esto hace que existan grupos de trabajo que permiten el análisis de la práctica profesional gracias a estos conocimientos, partiendo de los datos del ejercicio profesional cotidiano.

— Se da también el caso de que las enfermeras, cada vez más numerosas, intenten conseguir una valoración social por medio de diplomados que les confieren un título universitario en psicología, sociología... pero, al no poder aclarar de manera suficiente en qué consiste su práctica en enfermería, y al sentirse despojadas por utilizar estos nuevos conocimientos en situaciones profesionales o al no tener un grupo de análisis profesional para movilizarlos, experimentan el malestar de ver abrirse ante ellas numerosos campos de ejercicio profesional, sin saber así qué profesión ejercer. Unas dejan la enfermería sin que otra profesión les satisfaga forzosamente, y no llegan a construir su identidad. Otras enseñan psicología o sociología en escuelas de enfermeras sin poder experimentar las aplicaciones de estas ciencias en la práctica. Algunas se quedan en los servicios, pero encuentran con dificultad puntos donde apoyar sus nuevos conocimientos debido a un conjunto de condiciones de trabajo, como la falta de un grupo de reflexión para analizar la aplicación de cuidados, así como las incidencias sobre la gestión de los cuidados y el sistema institucional.

Estas razones contribuyen a limitar los efectos de la experiencia de la formación universitaria. Si las aportaciones de esta formación convergen indudablemente en transformar las orientaciones de la formación impartida en las escuelas de enfermeras y en elevar el nivel, preparar a las enfermeras para la investigación, hacer reconocer la función de la gestión de los cuidados y del servicio de enfermería en las instituciones de cuidados, y realzar la imagen social de la profesión, sus efectos en la práctica cotidiana de los cuidados son todavía muy reducidos.

El retroceso que puede tener Estados Unidos tras ochenta años de formación universitaria resalta la existencia de una creciente divergencia entre las aspiraciones ideológicas desarrolladas por un estrato profesional

elitista y los intereses prácticos de las enfermeras de base,¹² debido a la falta de convergencia en el seno de la práctica de los ideales de unas y de los factores de realidad que conocen otras: “la ideología del profesionalismo ha inspirado considerables esfuerzos para elevar el nivel de la formación de enfermería. Ha habido menos efectos para elevar el nivel en la práctica de enfermería debido a que aquellas que influyen en la ideología generalmente no están comprometidas en el campo del ejercicio profesional”.¹³ El foso que se establece es tal que la enfermería en Estados Unidos está amenazada de una división entre “*las enfermeras profesionales*” universitarias, en quienes recae la responsabilidad de desarrollar su capacidad de pensar para ser capaces de dilucidar los problemas relacionados con las situaciones que se plantean al cuidar, así como de tomar decisiones, y “*las enfermeras técnicas*”, formadas para una actuación limitada, parcial y más repetitiva. Para las primeras el derecho de enriquecerse y desarrollarse por una formación humanista y científica estimulando continuamente el crecimiento de su personalidad, las hace tener un acercamiento global de la persona. Es “esta visión holística y esta constante preocupación para que el individuo encuentre el estado de bienestar, e incluso lo supere, lo que garantiza a la enfermera profesional”.¹⁴ Para las segundas, “la satisfacción de adquirir, por medio de un proceso repetitivo, una inmensa habilidad y competencia en un territorio único”.¹⁵ A título de consolación, se les considera “expertas” en esta función única.

La eventualidad de una división tal, a la que igualmente se añade la corriente que tiende a desarrollar enfermeras-asistentes médicos, hace pensar en la utilización de la formación universitaria.

Después de haber sido un pesado inconveniente para la enfermería en Francia, y de haber permanecido durante tanto tiempo detrás de la influencia universitaria, hacer que el acceso a la formación superior contribuya en primer lugar a enriquecer y desarrollar la práctica de enfermería, concurriendo directamente a aclarar la naturaleza y el contenido de los cuidados de enfermería sobre los espacios del ejercicio profesional, es sin duda una posibilidad que hay que aprovechar. Por otra parte, cualquier formación universitaria puede alentar un corporativismo profesional o convertirse en una vía sin salida si aquellos y aquellas que la siguen no se insertan al mismo tiempo en los lugares de ejercicio profesional para poder modificar *in situ* su propia práctica, y aprender a analizar y a actuar sobre la variedad de las interferencias relacionales, organizacionales e institucionales que esto lleva consigo; de otra manera, se corre el gran riesgo de que los cuidados de enfermería sean objeto de un discurso intelectual desarraigado y descarnado, o que sean objeto de investigaciones cuyos resultados no sean transportables ni utilizables en la práctica de cuidados habitual.

Las aportaciones de la formación universitaria sólo tienen sentido si se hacen cada vez más accesibles y las puede utilizar cualquier enfermera practicante, y esto puede hacerse posible por la vía de la formación permanente si los formadores mismos han llevado a cabo un análisis de su propia práctica de cuidados, y si trabajan con las enfermeras de los servicios partiendo de situaciones de cuidados y de sus incidencias relacionales e institucionales. De la misma forma, las aportaciones de la formación universitaria encontrarán más rápido su aplicación cuando el número de enfermeras practicantes que acceden a esta formación sobrepase al de las enfermeras docentes, sobre todo si estas últimas no han aprendido a analizar su propia práctica ni a trabajar *in situ* con los equipos de cuidados.

Aunque la formación universitaria contribuye a revalorizar la imagen de la enfermera, no podría servir de control de calidad de la práctica de enfermería, ni representar por sí misma la garantía de la valoración de los cuidados de enfermería ni, aún menos, asegurar que el beneficio recaiga en los usuarios de los cuidados. De hecho, le corresponde a la práctica profesional dar sentido a toda la formación superior, movilizándola a través de las situaciones tal como se viven en la realidad cotidiana y haciendo accesibles la comprensión y el dominio de los fenómenos que participan en el proceso salud-enfermedad, tanto para los cuidadores como para los que reciben los cuidados.

La formación universitaria sólo tiene sentido si no acrecienta la distancia de los que reciben los cuidados y de los cuidadores, si no minimiza los estratos jerárquicos, sino que permite reducir el foso entre espacios de práctica profesional y de reflexión, haciendo los espacios de ejercicio profesional como de acción ↔ reflexión. Ofrece a la profesión una gran posibilidad en la medida en que prepara a personas capaces de utilizar y de difundir, con su práctica, una variedad de conocimientos indispensables para los cuidados de enfermería que responden a las necesidades de la gente, sabiendo captar y tener en cuenta sus dimensiones sociales, económicas e institucionales.

Adquirir la imagen que marca la investigación “científica”

Parece que el signo de una etapa importante en el desarrollo de una profesión consiste en acceder a la investigación. Si nos referimos a la enfermería en Francia, la palabra “investigación” resultaba completamente insólita hasta la década de 1960, a pesar del camino trazado por las enfermeras estadounidenses en este campo. Fue la difusión del quinto Informe OMS del Comité de Expertos de Cuidados de Enfermería lo que empezó a abrir camino a la idea de que la investigación no sólo era algo posible y deseable, sino que era recomendable para el desarrollo de los cuidados

de enfermería y de la profesión de enfermería: “Una profesión consciente de sus deberes debe hacer preguntas que hagan suscitar investigaciones, debe estar dispuesta a permitir investigaciones relativas a su actividad, y pasar a la práctica el objeto de sus investigaciones”.¹⁶

Esta incitación a la investigación pudo encontrar eco en el personal de enfermería francés debido a la influencia ejercida por la formación universitaria desde 1965, y por el malestar vivido en las escuelas de enfermeras antes de la puesta en práctica del “nuevo programa” de 1972, cuando empezaban a hacer la pregunta: “¿Qué enfermeras formar? ¿Por quién? ¿Para qué? ¿Cómo?”

En marzo de 1971, la región Aquitaine del *Comité d'Entente* de las Escuelas de Enfermeras y de las Escuelas de Formación organizó las jornadas sobre la Investigación en Enfermería¹⁷ y, con eso, contribuyó a difundir la idea, que sigue siendo vivida con frecuencia como un fantasma, de que la investigación en enfermería puede hacerse realidad. Al prologar nueve años más tarde el primer número de los cuadernos del AMIEC sobre *les Soins Infirmiers et la Recherche*, Marie-Louise Badouaille mostró que “la investigación apunta sólidamente hacia el horizonte del cielo de la enfermería”.¹⁸

LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA EMPIEZA A VOLVERSE REALIDAD

Si bien es cierto que el término “investigación en enfermería”, “investigación en cuidados de enfermería”, entra en el vocabulario habitual utilizado por la profesión, al menos a nivel de los centros de formación como las escuelas de formación y algunas escuelas de base, empieza a entrar en los servicios, llevando consigo una connotación diferente de la investigación médica a la que más de una enfermera de los servicios hospitalarios ha contribuido por medio de su trabajo. Pero más que una simple terminología, es una corriente que se está expandiendo y se irá desarrollando. Partiendo del análisis de los problemas, esta orientación hacia la investigación puede ser una moda que opta por nuevas técnicas o por la traducción de un deseo de cuestionarse y dilucidar los fenómenos para aprender a comprenderlos mejor y saber utilizarlos en la práctica. Esto plantea la pregunta sobre *el sentido, el por qué, y el uso de la investigación de enfermería*, y más en particular de la investigación en cuidados de enfermería. ¿Quiénes serán los verdaderos beneficiarios: los que reciben cuidados y las practicantes del ejercicio profesional cotidiano a partir de sus factores de realidad? o ¿algunas enfermeras iniciadas que imponen un modo científico a unas cuidadoras que no se sienten integra-

das como parte afectada, y a unos cuidados que ven cómo se les impone? Además, en el momento que en Francia se establece esta orientación hacia la investigación, parece indispensable que nos hagamos algunas preguntas fundamentales, nosotras* que corremos el riesgo de internar nuestra profesión en una vía compleja y difícil, tanto por la actitud que exige, el trámite que requiere, las consecuencias que lleva consigo a nivel de organización de cuidados, pero sobre todo *por su concepción, así como de las opciones y las alternativas fundamentales para la persona y la sociedad que de ella se derivarán, tanto para los que reciben los cuidados como para los que los administran.*

LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA: UN SEÑUELO O UNA REALIDAD EXIGENTE

Por las razones anteriormente citadas respecto a la preocupación de las enfermeras docentes por estudiar pedagogía, al principio la investigación en enfermería se basa casi siempre en la formación: su orientación, sus métodos, sus formas de evaluación, así como en la organización de los cuidados, más que en la práctica de los cuidados de enfermería a partir del ejercicio profesional. Aun hoy en día, la aplicación de cuidados sigue siendo el terreno menos explorado de la investigación en enfermería, incluso en Estados Unidos; aunque después de la retrospectiva hecha por Faye Abdellah en 1970¹⁹ la investigación en el terreno clínico se ha desarrollado más, permanece con frecuencia alejada de las enfermeras practicante.

Actualmente se lleva a cabo en Francia una aclaración sobre el concepto de “investigación en enfermería” que engloba todo el terreno de la investigación realizada por enfermeras, confundida hasta entonces con frecuencia con “investigación en cuidados de enfermería”, que sólo representa un campo específico. En este terreno es donde hay más necesidad de profundizar, es la piedra angular de todo el edificio profesional. Es el terreno buscado con y por las enfermeras que, como muestra Marie-Rose Sonntag, exige ser identificado. El trámite, según explica, intenta “partir del hecho de que en esta práctica, lo que se anota, lo que se dice, integra la prescripción médica. *El resto, todo lo que constituye la identidad profesional, no aparece.* Identificando todo aquello que compone esta trama profesional, se podrán establecer conjuntos de conocimientos y marcos

* Cuando digo “nosotras”, quiero decir todas las enfermeras que contribuyen de cerca o de lejos a desarrollar el gusto, el deseo y las aptitudes para la investigación, o que participan en ella, directa o indirectamente.

conceptuales”, que contribuyen a aclarar el campo de competencia de la enfermería.²⁰

El hecho de ver crecer el interés de la investigación en cuidados de enfermería representa una gran esperanza de evolución para la enfermería. Al margen de este audaz discurrir, parece importante permanecer lúcido en cuanto a los riesgos que podrían apartar a esta investigación de su objetivo inicial, a instancias de las aspiraciones y de los esfuerzos emprendidos.

El predominio de la metodología puede existir en detrimento de una interrogante sobre la concepción, la filosofía y el contenido biológico, cultural y social de los cuidados de enfermería. En numerosos medios profesionales asistimos a un gran despliegue de técnicas de investigación que pueden contribuir a confundir la investigación. Con mucha frecuencia se confunde, cuando no se reduce la iniciación a la investigación, y la iniciación al método. El uso de instrumentos de investigación como: observaciones, cuestionarios, reuniones..., se convierte con frecuencia en el todo de la investigación, dejando de lado, o incluso rechazando, las cuestiones fundamentales relativas al por qué de la investigación, su significación y su implicación para aquellos que investigan o son el objeto de la investigación y para los que contribuyen a ella, así como sus posibles repercusiones tanto a nivel de las personas como a nivel institucional. Reducir la investigación al uso de metodología(s) es un riesgo tan grande para la enfermería como impreciso es el contenido de los cuidados de enfermería, y poco claro el campo de competencia de la práctica de enfermería.

Cierto rigor aparente puede enmascarar el miedo real y normal de abordar los problemas de la vida y de la muerte, tal y como los tienen que vivir las enfermeras, y con los que se enfrentan todos los días, a menudo en un gran aislamiento. A falta de un criterio para descifrar los símbolos y los signos que pueden servir de base a la acción de la enfermería, se puede desarrollar *la ilusión de un rigor formal*. “Éste mana de dos fuentes. La primera es la explotación de los elementos técnicos: cifras, porcentajes, estadísticas, que basan una presunción de competencias y proporcionan un testimonio serio.” La otra es la organización metodológica del estudio,²¹ y más en particular, del discurrir metodológico que constituye en sí lo esencial del trabajo. *Este rigor enmascara la insignificancia de la investigación*²² en cuanto a la comprensión, la dilucidación y la explicación de los fenómenos, y sólo permite una utilización sistemática y normativa. La técnica de las ciencias sociales puede sustituir a la técnica médica heredada.

El predominio de la interrogante sobre el objeto “cuidados” y el sujeto “persona cuidada” se puede hacer en detrimento de la interrogante so-

bre lo vivido de los cuidados, tanto para la persona cuidada como para el cuidador. Este es el riesgo de *una investigación aséptica en cuidados de enfermería*, es decir, una investigación cuyo interés y estudio sólo tratan, además de la metodología, de los cuidados de enfermería en sí y de aquellos que los reciben creyéndolos neutrales, negando la interacción permanente que existe entre los que dan los cuidados y los que los reciben.

Parece que la investigación en cuidados de enfermería puede correr el riesgo de contribuir tanto a reforzar tecnologías deshumanizadoras como a mantener el espejismo ideológico de los cuidados centrados en la persona, de los cuidados que valoran las relaciones humanas si no lleva su interrogación y su análisis al mismo tiempo sobre el contenido y lo vivido con los cuidados, si no tiene en cuenta sus dimensiones sociales e institucionales tanto respecto a los que los reciben como a los que los dan. “Si los individuos enfermos (o no) necesitan cuidados particulares, o atención especial, ¿cómo reaccionan las enfermeras ante la expresión de estas necesidades manifestadas por medio de la cólera, las quejas, los llantos, el rechazo a colaborar, el sentimiento de desesperación y de impotencia?”²³ ¿Qué posibilidad de reacción tienen? ¿Se lo preguntan?

Este riesgo crece cada vez que la investigación se aleja de las practicas, se hace sin ellas, o se hace sobre ellas. Mientras examinemos y cuestionemos nuestras finalidades profesionales sin situarnos respecto a estos propósitos, la investigación en cuidados de enfermería no habrá alcanzado su objetivo, que es delimitar la naturaleza de lo que se llama con gran imprecisión la calidad de los cuidados y su relación con los problemas de la vida y de la muerte que se plantean no sólo a los que reciben cuidados sino a los que los prodigan.

La investigación en cuidados de enfermería debería poder ayudarnos a distinguir sus límites, sus umbrales de saturación, tanto para los que los reciben como para los que los dan, y esto está ligado a la naturaleza, a la complejidad, al número, al impacto emocional y al gasto de energía vital que exigen los cuidados en relación con las situaciones. “La profesión no se ha preguntado nunca si a una enfermera le es posible ser cálida o incluso conmoverse ante algunos enfermos de los que es responsable durante una o dos semanas.”²⁴

Si se llegan a identificar mejor los umbrales de saturación de los cuidados, el personal de enfermería estaría en mejores condiciones de distinguir la naturaleza, el tipo, el número, la complejidad de los cuidados que pueden soportar los enfermos, y también ellos mismos. Por lo tanto, estarían en mejor situación para distinguir las condiciones operativas de su trabajo con respecto a los criterios de seguridad, eficacia, confort y

sociabilidad que, hasta el momento, se le exigen como algo evidente, casi como algo debido.

La investigación en cuidados de enfermería puede verse amenazada por el cientifismo. Este riesgo está relacionado con dos precedentes. Cuanto mayor sea el riesgo que corra la investigación en cuidados de enfermería de “volverse aséptica” y de convertirse en asunto de investigadores aislados, mayor será el alarde que haga de rigor científico eliminando las diversas fuentes de hipótesis, y más amenazada estará de cientifismo, el cual, denunciado por Roger Garaudy, es este “conjunto de supersticiones que pretenden explotar el legítimo prestigio de las metodologías para, por medio de ellas, explicar o negar en su nombre todas las demás dimensiones de la vida, tales como el arte, el amor, el sacrificio, la fe, o simplemente el hombre dentro de su especificidad”,²⁵ o incluso esta “creencia de que todo aquello que no se reduce, sin residuos, al concepto, a la medida y a la lógica [...] no tiene realidad”.²⁶

Hay amenazas de cientifismo cada vez que se produce:

- una reducción de los problemas con que se encuentra una persona o un grupo a una explicación que da lugar a un solo tipo de respuesta, un sólo tipo de acción; y que esta explicación y la respuesta que se le asocia sea una técnica, una teoría o una ideología;

- el uso de métodos, instrumentos y baterías de técnicas sin tener claro lo que se investiga, y sin haberse planteado su sentido y utilidad respecto a los que requieren cuidados, y con ellos;

- una reducción de los fenómenos vivos a aplicaciones de normas, categorías limitativas, modelos conceptuales organizados y sistemas pre-establecidos que en el nombre de una “ciencia hecha” matan la imaginación, la creatividad, la adaptabilidad de las personas cuidadas y de los cuidadores;

- la apropiación de un saber rebuscado junto a los que lo detentan y gracias a quienes pueden elaborarse conocimientos. Gérard Briche, en su libro *Furriculum Vitae* muestra cómo la ciencia médica se ha ido construyendo a partir de la ciencia de los enfermos sin dar por ello acceso a este saber, sino al contrario, confiscándolo.²⁷

La investigación en cuidados de enfermería en sí y para sí. “La investigación es concebida con frecuencia como una actividad deseable en sí, sin tener en cuenta su objetivo y naturaleza. Debido a este estado de ánimo, la investigación en enfermería no se evalúa forzosamente en términos de su contribución a la práctica de los cuidados de enfermería. Del mismo modo, existen numerosos problemas en la práctica habitual que, en efecto, son ignorados por los investigadores de enfermería debido a su distanciamiento de las realidades y las complejidades de la práctica cura-

tiva. Como resultado existe una enorme distancia entre el investigador de enfermería y la enfermera practicante, y ésta no ve que se le aporte ninguna contribución que responda a sus intereses y sus preocupaciones.”²⁸ Cultivar la investigación en sí y para sí hace de ella un terreno elitista, un asiento para el ejercicio del poder. Se convierte entonces en un privilegio desorbitado al servicio de su influencia personal o del corporativismo profesional. Pierde el significado fundamental, que es el de contribuir a mejorar el servicio ofrecido por los profesionales, así como las condiciones que les permite ofrecerlo.

Toda profesión que ha estado oprimida mucho tiempo puede caer en el espejismo de este tipo de poder: un poder centrado en el grupo profesional y no en lo que puede ofrecer socialmente. Este poder especializado y de especialistas es el que denuncia Henri Laborit en la *Nouvelle Grille*, poder que eleva en el seno de una jerarquía pero que impide participar del poder “político”.²⁹ También el poder puede ponerse al servicio del sistema tecnocrático y “puede encontrarse en la situación de sostener objetivos políticos extraños a él, pensando que son congruentes con las necesidades de los que requieren cuidados y los valores de la profesión”.³⁰

“La investigación en enfermería no llevará a los cuidados de enfermería hacia una mejoría y no tendrá sentido y vida más que si no se contenta con apelar sólo a un saber y a unas técnicas.”³¹ Su razón de ser no podría ser la de modelar una nueva enfermera partidaria del cientifismo. Sólo tiene significado si los usuarios de cuidados son sus interlocutores, orientando su sentido, si permanece cerca de ellos para servirles, para evitar o resolver las dificultades cotidianas originadas por la enfermedad o la minusvalía, y si los cuidadores pueden entender mejor la naturaleza de los cuidados y actuar sobre las condiciones de trabajo indispensables para llevarlos a cabo y para vivirlos mejor. La investigación profesional es una actitud de apertura y de interrogación sobre lo que se descubre y sobre lo que se puede hacer dentro de su práctica. Todo cuidador está capacitado para desarrollar esta actitud y para aprender a servirse de ella.³²

NOTAS

1. Título del 45° congreso de la ANFIIDE celebrado en Toulouse el 17, 18 y 19 de octubre de 1979.
2. Decreto del 31 de mayo de 1978.
3. Partridge, K., “Nursing Values in a Changing Society”, *Nursing Outlook*, junio 1978, p.356.
El Flexner Report que organiza la profesión médica en Estados Unidos se publica en 1910.
4. Ver Chauvenet A., “Professions hospitalières et division du travail”, *op.cit.*, pp. 152-158.

5. Sainsaulieu R., *L'identité au travail*, Paris, Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1977, p. 306
6. *Ibid.*
7. *Ibid.*
8. *Ibid.*
9. *Ibid.*, p. 307
10. Es necesario mencionar particularmente en este tema el número "Nursing at the crossroads" "Les soins infirmiers à un carrefour", *Nursing Outlook*, enero 1972. También:
 Sheahan D., "The game of the name: Nurse Professional and Nurse Technician", *Nursing Outlook*, julio de 1972, pp. 440-444.
 Rothberg J., "Nurse and Physician's Assistant: Issues and Relationships", *N.O.*, marzo 1973, pp. 154-158.
 Keller N., "The Nurse's Role: is it expanding or shrinking", *N.O.*, abril 1973, pp. 236-240.
 Thomstad B. y otros, "Changing the rule of the Doctor-Nurse Game", *N.O.*, julio 1975, pp. 422-426.
 Gamer M., "The ideology of professionalism", *N.O.*, febrero 1979.
11. Estados Unidos: 1850, creación de la primera formación universitaria para mujeres, Universidad de Iowa y Women's Medical College de Pensilvania.
 1899: primera formación universitaria para las enfermeras del Teachers College, Columbia University.
 Francia: 1868-1871. Primeras mujeres licenciadas en letras, en Ciencias en la Sorbona (Emma Chenu, Julie Dautré).
 1965: primera formación universitaria para enfermeras. Convenio con la Universidad de Lyon para la creación del Diplôme Universitaire d'Enseignement Infirmier Supérieur.
12. Sheahan D., "The Game of the Name: Nurse Professional and Nurse Technician", *Nursing Outlook*, julio 1972, p. 441.
13. Gamer M., "The Ideology of Professionalism", *Nursing Outlook*, febrero 1979, p. 111.
14. Kramer M., "Philosophical Foundation of Baccalaureate Nursing Education", *Nursing Outlook*, abril 1981, pp. 225-226.
15. *Op. cit.*, p. 226.
 También sobre este tema:
 Rogers M., "Nursing to be or not to be", *Nursing Outlook*, enero 1972, pp. 42-46.
 Hassenplug L.W. "Nursing can move from here to there", *Nursing Outlook*, julio 1977, pp. 432-438.
16. OMS: *Comité d'Experts des Soins Infirmiers*, Cinquième Rapport, Genève 1966, p. 30.
17. CEEIEC: Région Aquitaine, "La Recherche Infirmière", Journées Pédagogiques, Bordeaux, 1º marzo 1971.
18. Badouaille M.L., *Les Soins Infirmiers et la Recherche*, AMIEC, Cahiers nº 6, 1980, p.9.
19. Abdellelah F., "Overview of Nursing Research 1955-1956".
 Part I *Nursing Research*, enero-febrero 1970, pp. 6-17.
 Part II *Nursing Research*, marzo-abril 1970, pp. 51-62.
 Part III *Nursing Research*, mayo-junio 1970, pp. 239-252.

20. Temas referidos por O. Radenac en una reunión de trabajo celebrada en Estrasburgo con M.R. Sonntag entre enfermeras cuidadoras y enfermeras docentes, "Ça bouge", *Infirmière Enseignante*, marzo 1980, p. 11.
21. Bredin J.D., *Les Français au pouvoir*, Paris, Grasset 1977, pp. 146-147.
22. *Ibid.*
23. Norris C.M., "Prises au jeu de nos illusions, nous restons à l'écart de l'avancement et du pouvoir", *Infirmière Canadienne*, septiembre 1973, p. 39
24. *Ibid.*, p. 37
25. Garaudy R, *Appel aux Vivants*, Paris, Seuil 1979, p. 44.
26. *Ibid.*
27. Briche G., *Furriculum Vitae*, Paris, Imprimerie Souchet, 1979.
28. Conant L., "A search for resolution of existing problems in nursing", *Nursing Research*, primavera 1967, p. 114.
29. Laborit, H., *La Nouvelle Grille*, Paris, Ed. Laffont, 1974, pp. 180-181. La palabra "política" está en cursiva y entre comillas en el texto.
30. Bittensky R., "Théorie du Service Social et pouvoir politique aux États-Unis", *Techniques d'Action Sociale*, junio 1977, p. 26.
31. Badouaille M.L., *op. cit.*, p. 10.
32. El artículo de Judy Ozbolt-Goodwin, "La recherche infirmière en soins infirmiers, base scientifique de la pratique", Cuadernos n° 6 de la AMIEC, pp. 121-126, muestra muy bien cómo cualquier enfermera puede utilizar la investigación en servicio. El interés de tener algunos investigadores más sagaces es que puedan ayudar a las enfermeras practicantes a dominar por sí mismas la investigación, de forma sencilla, en su ejercicio cotidiano.

De la enfermera modelo, al modelo para las enfermeras

Si tuviera que entrar hoy en la Escuela de formación preguntaría:

¿Qué teoría van a utilizar para que yo sea capaz de dominar mi nuevo rol?¹

La enfermería tiende a adoptar ideas influyentes procedentes del “exterior”, a menudo sin mucha reflexión o incluso sin conocer sus fuentes.^{1bis}

Desde el año 1968, en que se asiste al despertar de un cuestionamiento necesario de la práctica de la enfermería debido a la corriente de revalorización de la relación cuidador-persona cuidada y al desarrollo de métodos así como de instrumentos de planificación y de organización de los cuidados, comienza a sentirse el malestar de una desestabilización de las técnicas sin que éstas sean reforzadas por otros conocimientos, pero más aún, sin saber alrededor de qué reorganizar el proceso de los cuidados. Las pruebas realizadas en torno a la investigación de las necesidades fundamentales que sirven esencialmente como instrumento pedagógico para elaborar los planes de cuidados, hacen que aparezcan de manera progresiva insatisfacción y cansancio. Sin embargo, las primeras tentativas de descubrir a las personas en sus medios de vida hacían suponer que los fundamentos de los cuidados de enfermería debían pertenecer sin duda a diferentes campos con vistas a aclarar el proceso salud-enfermedad así como los diversos factores que podían influir sobre él, pero esto no era más que una débil hipótesis de trabajo que no tenía todavía raíces. Es en este periodo de inseguridad, de duda, de interrogantes sobre lo que podía caracterizar a los cuidados de enfermería, sobre lo que podría hacerlos más comprensibles y darles una base, cuando se introduce en 1978 lo que aparece como una nueva noción: las teorías de los cuidados de enfermería.² El concepto de “teorías” ¿era verdaderamente una nueva idea, una revelación³ como se ha podido decir?, o ¿revela una toma de conciencia de la influencia decisiva de los cono-

cimientos sobre la práctica de enfermería, así como de lo que preside su forma de organización y de utilización? Es importante, sin duda, resituar brevemente lo que ha prevalecido en la introducción y, después, en la organización y la integración de los conocimientos dentro de lo que ha llegado a ser la práctica de los cuidados de enfermería.

No más enfermeras caritativas sino cuidados de enfermería*

Desde 1852, Florence Nightingale, que trabajaba con los doctores William Farr y John Sutherland, epidemiólogos estadísticos,⁴ se dio cuenta de que la salud estaba influida por factores tales como la calidad de la vivienda, la iluminación, la calefacción y la ventilación. Dedujo que era posible reducir la enfermedad poniendo en práctica acciones de saneamiento, funciones que tenían que ser investigadas y estudiadas por medio de comprobaciones realizadas en los diferentes barrios a partir de las condiciones de vida de la gente. Relacionándolas con los cuidados de enfermería, pensó por primera vez desde la influencia cristiana ejercida sobre la práctica de cuidados de las mujeres, que los cuidados no podían responder simplemente a la caridad y que “este instinto de caridad debe ceder su lugar a un enfoque de los problemas sociales basado en la reflexión”.⁵

Florence Nightingale estaba convencida de que la mayoría de las veces los malos cuidados de enfermería eran el resultado de una falta de reflexión más que de una falta de atención a los demás; así, su objetivo era el de ayudar a las enfermeras a adquirir *por sí mismas* una capacidad de pensar con su propia inteligencia.⁶ Indicando los principios básicos sobre los cuales pueden basarse los cuidados de enfermería de su época,⁷ precisa que *no quiere establecer en ningún caso una regla de pensamiento que pueda enseñar a las enfermeras cómo cuidar*; sino simplemente hacerles sugerencias, darles referencias para cuidar. Ella se niega, por lo tanto, a establecer un cuerpo de conocimientos preorganizado, pero desea aclarar los principios que puedan servir de base a los cuidados de enfermería y poner en evidencia los dominios del conocimiento que pueden ser utilizados para los cuidados de enfermería. A las enfermeras les corresponde aprender a reconocerlos y a utilizarlos en las diferentes situaciones.

Parece que no se ha medido lo suficiente hasta qué punto esta concepción cambia por completo toda la base de la aplicación de cuidados de enfermería. Por primera vez, *lo que se cuestiona es la aplicación de cuidados en*

* *Notes on Nursing.*

sí misma en vez de la enfermera, pudiendo ser juzgada en todo momento durante el cumplimiento de una función, basada en reglas de buena conducta. Cada capítulo de *Notes on Nursing* trata de una variable que puede interferir en el proceso salud-enfermedad, no en la enfermera en sí misma. Sin embargo, no se siguieron las recomendaciones de Florence Nightingale de delimitar los cuidados de enfermería a partir de las indicaciones procedentes de las condiciones del entorno que podían servir para mantener la salud. La connotación de los cuidados seguía muy dependiente de todo lo que cubre el servicio de los pobres, los afligidos y los enfermos. Precursora en su época, Florence Nightingale no puede desligar a las mujeres cuidadoras de la impregnación moral reinante; además, ella misma llega a definir un código de conducta al cual la enfermera no sólo debe adherirse, sino también reconocerse: “What a Nurse is to be”⁸ —lo que debe ser una enfermera.

A partir de *Notes on Nursing*, la maduración profesional será muy dependiente de un movimiento oscilante durante muchos años entre la prevalencia de un rol que estructura a la enfermera y la búsqueda de una plataforma de reflexión basada en los fundamentos de los cuidados de enfermería que pueden servir de plataforma. Es en efecto tan difícil separar las bases de esta reflexión, que en el campo de competencias de la enfermería permanecen poco identificadas, quedando sometidas a la doble influencia religiosa (incluso en los países protestantes) así como a la de la práctica médica, sufriendo cada vez más las normas de funcionamiento de la institución hospitalaria basada en la división del trabajo.

De la noción de fundamento a la noción de teoría(s) de los cuidados de enfermería

En los países anglosajones, y particularmente en Estados Unidos, el concepto de cuidados de enfermería introducido por Florence Nightingale comienza su camino hasta el punto en que las primeras escuelas de formación profesional se denominan *Schools of Nursing* —Escuelas de Cuidados de Enfermería— no *Schools of Nurses* —Escuelas de enfermeras—. Sin embargo, las *Diploma Schools* —Escuelas de Diploma— vinculadas a los hospitales, permanecen fieles a la doble filiación religiosa y médica, y el rol de la enfermera sigue prevaleciendo casi siempre sobre los fundamentos de los cuidados de enfermería. Incluso la enseñanza universitaria que comenzó desde 1899 en el *Teachers College*, Columbia University, da poca base a los cuidados de enfermería en sí mismos, estando durante mucho tiempo más centrada en la pedagogía y la administración.⁹

El *Goldmark Report* de 1923 (primer informe nacional sobre la formación de las enfermeras) marca el comienzo de un cambio:¹⁰ son los aspectos físicos y el carácter médico de los cuidados dados a los enfermos hospitalizados los que sirven de *base a los cuidados de enfermería*, “*fundamentals of Nursing*”.¹¹ Cada función orgánica del cuerpo es estudiada (función respiratoria, de evacuación...) a partir de sus características fisiológicas que sirven de fundamento a los cuidados de enfermería. El estudio de cada función permanece aislado, pero los trabajos de Walter Cannon,¹² y más tarde los de Hans Seyle,¹³ desarrollarán un interés por el estudio de los grandes procesos fisiológicos como el proceso infeccioso, el proceso de la homeostasia y después, del estrés. Este será el origen de *Clinical Nursing*, cuidados de enfermería clínicos,¹⁴ que se enriquecerán gracias a la considerable aportación de las ciencias sociales.

Con el desarrollo de las ciencias humanas y la introducción progresiva de la formación en cuidados de enfermería de salud pública en los programas universitarios, asistimos a otra etapa que se confirma por la publicación en 1948 del *Brown Report: Nursing for the Future*.¹⁵ Es entonces cuando se desarrolla el concepto de “*comprehensive nursing care*”, es decir, de los cuidados integrados considerando al enfermo en su totalidad, respetando su individualidad, integrando los aspectos individuales y sociales, y ampliando el concepto de cuidados tanto a los sanos como a los enfermos.

A comienzos de la década de 1960 se empieza a precisar el concepto de “bases científicas” para los cuidados de enfermería.¹⁶ La clarificación de *los principios científicos*, así como los trámites de resolución de los problemas, hace que algunas enfermeras universitarias propongan un enfoque de los cuidados de enfermería a partir de la recopilación de problemas, como la lista de los veintidós problemas de cuidados de enfermería de Faye Abdellah,¹⁷ o del reagrupamiento de algunos principios fundamentales alrededor de una misma noción, como el concepto de *necesidades* por Virginia Henderson.¹⁸ En 1961, Faye Abdellah estima que este enfoque científico de los cuidados de enfermería concierne apenas a 10% de las escuelas de formación en cuidados de enfermería (ni siquiera a todos los programas universitarios). Este enfoque se desarrolla durante la década de 1960-1970, mientras que el concepto de *teoría de sistemas* penetra en la esfera del pensamiento científico conmoviendo las concepciones estáticas y aislacionistas de la ciencia clásica. La publicación en 1968 de la obra de Ludwig von Bertalanffy: *Teoría general de los sistemas*,¹⁹ es la expresión de una profunda mutación de la evolución científica, que influye en los diferentes campos de utilización de los dominios del conocimiento, entre ellos el de los cuidados de enfermería.

A partir de la década de 1970, vemos perfilarse dentro de la enfermería la tendencia a reagrupar un conjunto de principios fundamentales en

sistemas que se puedan utilizar en los cuidados de enfermería. Sin embargo, la forma de comprender los conceptos desarrollados por la teoría de los sistemas desembocará en formas de utilización muy diferentes.

Interrogante sobre las teorías de cuidados de enfermería

En 1980, ninguna enfermera sensata menospreciaría el soporte indispensable de conocimientos para nutrir y enriquecer los cuidados de enfermería. Los problemas que pueden plantear las teorías sobre cuidados de enfermería no sabrían en ningún caso reducirse a opciones antagonistas del tipo: “teorías sí” o “teorías no”. Las preguntas que se plantean se basan en lo que hay que entender por “teorías” y en la manera de utilizarlas.

EQUÍVOCO DEL TÉRMINO “TEORÍA”

¿Qué sentido reviste la palabra “teoría”? Es la primera pregunta con la que uno se puede tropezar en el transcurso de los cuidados de enfermería refiriéndose a lo que globalmente se agrupa bajo la expresión “teorías de cuidados de enfermería”. Examinando lo que se califica como “teorías de cuidados de enfermería” nos damos cuenta que: o bien esta expresión ha sido introducida posteriormente a los escritos de algunos autores, lo que exige encontrar de una forma precisa la orientación de su concepción si no se quiere deformar por la palabra “teoría” lo que habían concebido; o bien no es utilizada a propósito por los propios autores; o reviste un sentido muy variable, incluso dentro de los textos de un mismo autor.

Para comprender el equívoco que puede existir alrededor del término «teoría» no basta con detenerse en la connotación de la palabra, sino que es importante tratar de comprenderla con relación al concepto de sistema que sustenta actualmente este término y, comparando los diferentes autores, preguntarse si proponen un conjunto de elementos organizados en sistemas preestablecidos que se aplican a los cuidados de enfermería en un conjunto de situaciones, o si bien hacen referencia a elementos que puedan organizarse en una variedad de sistemas en función de las interrelaciones e interacciones que pueden existir entre ellos y que hay que descubrir en cada situación. Dicho de otra forma, ¿las teorías propuestas por los cuidados de enfermería ponen de manifiesto una variedad de hechos, aspectos, características y fenómenos que se pueden reconocer, pero cuya dinámica se debe buscar a partir de la forma en que se organiza en la realidad de la vida de las personas, o es una forma de descifrar sistemáticamente las situaciones?

Es con esta preocupación que hay que preguntarse por el concepto de “teoría” cuando se hace referencia al tema en los textos de los diferentes autores, sobre todo cuando ellos mismos no han utilizado este término porque no era de actualidad o porque no han querido, o incluso cuando lo han utilizado pero le han dado una variedad de significaciones. Algunos ejemplos pueden ilustrar la diversidad de connotaciones de la palabra “teoría” cuando se cita a propósito de:

— *Notes on Nursing*: Florence Nightingale utiliza a propósito la palabra “notes”. Aun siendo estadística, ella evita emplear las palabras “normas”, “categorías”, “reglas”... Se abstiene justamente de erigir en modelo un sistema de pensamiento y lo expresa claramente: “The following notes are by no means intended as *a rule of thought*”, es decir: “Las notas siguientes no constituyen en ningún caso una *regla de pensamiento*”. Por lo contrario, propone dar señales para comprender los fenómenos que pueden explicar la enfermedad: “The process of repairing the body which Nature has instituted and which we call disease”,²⁰ es decir: “El proceso de reparar el cuerpo que la naturaleza ha instituido y que nosotros llamamos enfermedad”. A partir de estas referencias, es posible pensar en sugerencias (*hints*) para evitar la enfermedad.

— *Elements of Nursing*: Nancy Roper, implícitamente fiel a la orientación adoptada por Florence Nightingale, evita elaborar una teoría de los cuidados de enfermería pensando que cada enfermera debe establecer el proceso de los cuidados de enfermería a partir de las situaciones que se plantean al cuidar.²¹ Utiliza la palabra “modelo”: “*a model for nursing based on a model of living*”,²² pero en ningún momento define la palabra modelo. Parece que en lo concerniente al “*model of living*”, hace alusión a un abanico de actividades de la vida que puede encontrarse para cualquier persona y en cualquier sociedad, pudiendo ser indicador de una trama (de “modelo”) para los cuidados de enfermería. Para cada actividad de la vida, pone en evidencia elementos que contribuyen a hacer posible su realización. En función de las situaciones, cada enfermera tiene que diferenciar qué elementos intervienen, ver las relaciones que tienen entre ellos y aprender a movilizarlos en el sentido evocado por la situación.

— *The Nature of Nursing*: Virginia Henderson, inspirándose en el *Phénomène Humain*, de Pierre Teilhard de Chardin, se refiere a los elementos universales que constituyen la vida de los seres vivos, pero con un grado de complejidad creciente.²³ Se pregunta por las actividades indispensables de la vida cotidiana,²⁴ a las que los cuidados deben suplir cuando una persona ya no puede hacerlo por sí misma. Es a partir de comprobar que los cuidados de enfermería se proporcionan en los diferentes medios de vida, que ella introduce “*le principe de leur origine*

dans les besoins de l'être humain (el principio de su origen en las necesidades del ser humano).²⁵ La palabra “principio”, aquí, tiene el sentido de la palabra latina “principes” → “origen, fundamento”, mientras que la palabra “necesidad” se basa en un concepto plurivalente, con dimensiones biofisiológicas, psicosociológicas, antropológicas y económicas. Virginia Henderson sugiere unos signos-clave para la diversidad de las necesidades que pueden servir para descubrir la naturaleza de la ayuda que hay que aportar. En ningún momento reduce estos signos a un sistema de funcionamiento, pero piensa que pueden contribuir a dilucidar la compensación que hay que aportar en situaciones donde las personas no pueden garantizar ellas mismas una respuesta a sus necesidades.

— *Nursing: Concepts of Practice*. Dorothea Orem no se detiene en la palabra “concept”, sino que introduce la palabra “nature”: *nature of self-care*, y las palabras dimensiones: “*dimensions of selfcare*”, “*dimensions of nursing*”.²⁶ Lo que ella presenta como una teoría parece más una finalidad: la de poder recuperar la autonomía; ella muestra la naturaleza y las dimensiones.

La palabra “teoría” en sí misma no tiene el mismo sentido en la pluma de un mismo autor; así, Myra Levine la utiliza con diferentes connotaciones en su primer capítulo de “*Introduction to Clinical Nursing*” donde menciona las teorías de la enfermedad como base de los cuidados de enfermería.²⁷ Bajo la palabra teoría abarca de manera alternativa unas creencias, un conjunto de principios, como los que constituyen la teoría de los gérmenes, así como factores y conceptos. Por el contrario, Martha Rogers utiliza a sabiendas el concepto de teoría en el sentido más habitual del término, es decir, como un conjunto de conocimientos dirigidos a explicar los fenómenos permitiendo una comprensión más profunda de la realidad de los hechos y pudiendo servir para plantear hipótesis²⁸. Refiriéndose a la teoría de los sistemas, presenta el modelo conceptual como una abstracción, como “una *representación* del universo o de una de sus partes”. Este modelo propuesto representa “una matriz de ideas que, en su totalidad, simboliza al hombre”,²⁹ ya que adopta como modelo de referencia el proceso de vida del hombre.

Para Callista Roy, una teoría puede definirse como “un principio general científicamente aceptable que *dirige la práctica*, o que se propone para explicar los hechos observados”.³⁰ Para ella, “el modelo representa la estructura, mientras que la teoría tiene relación con la función, y se sitúa a un nivel más profundo de la representación de la realidad que el modelo”.³¹ Tomando como base teórica de su modelo el proceso de adaptación, supera rápidamente la etapa de las teorías explicativas para concebir una utilización predictiva e incluso prescriptiva de estas teorías, y elaborar un

modelo que puede servir de base para la identificación del rol de la enfermera practicante y de referencia al comportamiento del enfermo.³²

Así, por no tomar más que algunos ejemplos, el término “teorías” puede ser portador de connotaciones tan diversas como: concepción, filosofía, finalidad, valor, creencia, noción, concepto, dimensión, naturaleza, base, elementos, principio... mientras que la palabra “modelo” difundida por la teoría de los sistemas es introducida nuevamente en la literatura profesional. Esto muestra la complejidad de todo lo que sustenta el uso de teorías para elucidar el proceso de los cuidados de enfermería. Con el riesgo de radicalizar el discurrir de la reflexión introducida por toda enfermera y de tergiversar su sentido haciendo de “la teoría” o del “modelo” un sistema rígido o un marco conceptual sistematizado, ¿no sería mejor tratar de comprender las bases de los conocimientos a los que se refieren, y cómo estos conocimientos, pudiendo recombinarse indefinidamente en distintas situaciones, aportan algo irremplazable al contenido y a la aproximación de los cuidados de enfermería, abriendo nuevos caminos de interrogación y de reflexión?³³

RIESGO DE REDUCIR LAS TEORÍAS A TEOREMAS

Con el aumento de interés por desarrollar bases teóricas para los cuidados de enfermería, la utilización de estas bases teóricas toma opciones diferentes. Entre estas alternativas, dos tendencias parecen afirmarse más: la desarrollada en 1969, por Madeleine Leininger en la conferencia de la Universidad de Colorado en Estados Unidos, que estipula que “sin duda no hay ninguna teoría, ningún modelo, ningún marco conceptual que pueda pretender legitimar el ejercicio profesional de los cuidados de enfermería. En efecto, la búsqueda de tal respuesta parecería como el ejercicio de un pensamiento mágico y parecería además irreal, ya que cualquier disciplina científica tiene múltiples conceptos, teorías, estructuras, modelos y marcos conceptuales”.³⁴ Esta tendencia se niega a encerrar los cuidados de enfermería en sistemas de referencia preestablecidos para las situaciones que se presentan al cuidar, y cree deseable aprender a organizar, estructurar y utilizar diferentes conocimientos en función de estas situaciones.

La otra tendencia es aquella que pretende erigir en sistema y en marco conceptual, un terreno de exploración científica, y aplicarlo en el enfoque sistemático de los cuidados de enfermería. Inspirándose en la teoría de los sistemas, varios autores proponen entonces concebir la formación de enfermería a partir de diversos sistemas que pueden estructurar el proceso de los cuidados de enfermería, como por ejemplo: la persona,

el conocimiento y el entorno.³⁵ La elaboración de un sistema constituido por diferentes subsistemas articulados entre sí de una forma determinada, tiene por objeto adquirir “una manera específica de ver los fenómenos, así como un método de encuesta, procedimientos de investigación y disponer de modelos de pensamiento sistemático”.³⁶ Al concepto de “sistema” se añade el de “modelo conceptual”, siendo el modelo una estructuración de ideas y teorías.

Partiendo de una variedad de teorías que contribuyen a facilitar la descripción y la explicación de fenómenos que pueden ser encontrados a nivel de los cuidados de enfermería, ciertos autores llegan a exaltar la utilización “de una teoría de teorías”,³⁷ intentando incluso superar la fase de la explicación de los fenómenos para ser predictivos, incluso prescriptivos, es decir, que se hace posible “identificar el efecto deseado”.³⁸

Los modelos surgidos de formas de organización de diversas teorías, concebidos en principio con ideas estructurantes que hacen más accesible la comprensión y la utilización del proceso de cuidados de enfermería, pueden verse reducidos a un modelo de pensamiento sistemático, que las hace correr el riesgo de erigirse en norma de funcionamiento. De la aplicación de una orientación sistemática preorganizada que rige el conjunto de la formación que se imparte en una escuela o de la aplicación de cuidados de un servicio, llegamos rápidamente “al modelo” que refiere y garantiza ciertos tipos de conductas, a este modelo de comportamiento que, una vez más, vuelve a modelar a la persona de la enfermera en función de un conjunto de directrices.

Cuanto más avanzamos por este camino, el modelo se enseña menos y se impone más como línea única de comportamiento: “el modelo conceptual no es una materia académica entre otras; no es un contenido que hay que poner en un programa [...] Al contrario, *el modelo conceptual es la base del programa, ya que ofrece las directrices para la formación, la práctica y la investigación*, es el fundamento mismo. El modelo precede entonces a la elaboración del programa y a la admisión de los estudiantes; indica las metas y los objetivos, y guía la elección de todas las materias académicas”.³⁹ El modelo se convierte verdaderamente en la regla de conducta “científica” llamada a modelar al personaje de la enfermera: “el modelo conceptual aclara lo que es una enfermera”.⁴⁰

Así, puede ser conveniente tanto para las escuelas como para los servicios, ya sea en el extranjero o en Francia. *Al no estar sometidas a la regla de la orden religiosa, y habiendo superado la regla de la moral profesional, las [mujeres]-enfermeras adoptarían la regla de una u otra teoría de los cuidados de enfermería transformada en un teorema, que podría servir como postulado de*

comportamiento tanto a los cuidadores como a los usuarios de los cuidados. ¿Se formará entonces a enfermeras de la teoría X o Y, como se adoptaba la regla de tal o cual orden? ¿Hay todavía nostalgia por tener un rol determinado a falta de unas competencias identificadas? La pregunta queda sin responder.

HACIA EL USO POLIVALENTE DE TEORÍAS QUE PUEDAN ENRIQUECER LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

“De hecho, donde predominan los programas de comportamiento hay menos inteligencia e iniciativa”.⁴¹ Ahora bien, tal y como se podría pensar, no sería la primera vez que un sistema teórico único sirviera de base a la práctica de enfermería. Las teorías como la del contagio microbiano, que exaltan conductas de una asepsia rigurosa para evitar cualquier contaminación, han dado pruebas de su validez, por ejemplo, entre los niños y los lactantes hospitalizados. Su radicalismo conduce a graves consecuencias como el hospitalismo, los retrasos en el desarrollo psicomotor, la falta de adquisición del lenguaje y las debilidades adquiridas. Del mismo modo, las teorías psiquiátricas que rechazan las reacciones orgánicas del cuerpo han podido tener consecuencias desastrosas.

En esa época, la utilización de estas teorías era experimentada por las enfermeras. Estas teorías guiaban su trabajo de forma implícita, debido a su sumisión al saber y a las prescripciones médicas. Actualmente, son las propias enfermeras las que acceden al saber y pueden dominar su uso, pero la utilización ¿será estática o dinámica? Incluso las ciencias llamadas exactas no pueden progresar más empleando un proceso sistemático. Las teorías de la relatividad y la cuántica han desplazado a las teorías mecanicistas surgidas de la concepción newtoniana de un tiempo inmóvil, de un espacio inmutable, de una materia inerte y pasiva, de una energía estática de causas y efectos lineales. ¿Qué físico podría jactarse de utilizar una teoría única? El determinismo riguroso de la ciencia clásica se sustituye por *un enfoque científico por aproximación que integra la paradoja*. “Cada vez que los físicos cuestionaban la naturaleza en un experimento atómico, ésta respondía con una paradoja, y cuando más trataban de aclarar la situación, las paradojas se hacían más agudas. Necesitaron mucho tiempo para aceptar el hecho por el cual las paradojas pertenecían a la estructura intrínseca de la física atómica”.⁴² Si el enfoque científico de las ciencias llamadas rigurosas requiere el desarrollo de un pensamiento dialéctico capaz de aprender las paradojas, entonces parece indispensable el desarrollo de un pensamiento para comprender la paradoja fundamental inscrita en el seno de todo ser vivo, que es la de la vida y la muerte, paradoja inherente a toda situación planteada al cuidar.

“La historia de la ciencia se nutre de numerosos ejemplos donde un sistema teórico, una vez desarrollado, se enfrenta a la calidad de las observaciones. Los datos que concuerdan con el sistema pueden ser sobrevalorados, mientras que otros, también sólidos pero en contradicción con la teoría, son ignorados. Esto da lugar a una verdadera deformación de las observaciones a las que se quiere poner de acuerdo con el sistema establecido. El sistema se esteriliza cada vez más hasta el punto de bloquear nuestra comprensión en lugar de facilitarla”.⁴³ Hacer de una teoría un cuerpo rígido de conocimientos que se aplica a objetos, e incluso a sujetos, la transforma en un instrumento reductor. “Todo conocimiento simplificado, por lo tanto mutilado y mutilante, se traduce en una manipulación, represión, devastación de lo real, desde que es transformado en acción y especialmente de acción política.”⁴⁴ Toda enfermera que aclara las situaciones de los cuidados de enfermería aportando diferentes conocimientos las enriquece, pero a cada miembro profesional le corresponde estar alerta de no hacer de ellos sistemas preestablecidos que se apliquen en forma sistematizada. *Una teoría no tiene sentido si no evidencia indicios identificables y permite descubrir su interacción bajo todo tipo de combinaciones y de manifestaciones posibles.* Se vuelve peligrosa cada vez que erige en sistema un modelo-tipo de comportamiento.

Todo conocimiento que puede permitir la comprensión de los fenómenos vitales participa directamente en el enriquecimiento de los cuidados de enfermería que se afrontan cada día en las situaciones donde actúa la dialéctica vida $\longleftrightarrow$ muerte, dialéctica que concierne, con un sentido diferente, tanto a los que son cuidados como a los cuidadores. Además, ningún conocimiento que aclare el proceso vida $\longleftrightarrow$ muerte, es decir salud $\longleftrightarrow$ enfermedad, podría ser excluido. Antes que dar prioridad a una u otra teoría, parece deseable hacer accesible, tanto a los cuidadores como a las personas cuidadas, conocimientos de diferente naturaleza, conocimientos a cuyo dominio accederán por sí mismos descubriendo su pertinencia y la forma de movilizarlos en función de las diferentes situaciones de los cuidados. En este caso, *la enfermera no puede tratar de desempeñar un rol identificado por una teoría, sino que con la base de distintos conocimientos tiene que aprender a reconocer, a partir de los hechos vividos en las situaciones, aquello que identifica la naturaleza de los cuidados de enfermería dando lugar a la movilización diversificada de los roles de cada miembro: tanto cuidador como persona cuidada.*

NOTAS

1. "A propos de... prospective", *Infirmière enseignante*, junio 1979, p. 3. 1 bis. Welch M., "Dysfunctional Parenting of a Profession", *Nursing Outlook*, December 1980, p. 726. "Influential ideas from the outside tend to be adopted whole in nursing, often without much thought or even recognition of their sources".
2. Poletti R., *Les soins infirmiers, theories et concepts*, Paris, Ed. Le Centurion, 1978, paru d'abord en Suisse: Acta Nursologica 1, 1977.
3. "Soins infirmiers: la 'révélation' des théories américaines", *Quotidien du médecin*, 21 février 1980, p. 2.
4. Woodham-Smith C., *Florence Nightingale*, New York, Avon Book Division, 1951, p. 191.
5. Nightingale F., *Notes on Nursing*, Londres, The Camelot Press, Ed. 1952 (Première édition 1859), p. 6.
6. *Ibid.*, p. 5
7. Florence Nightingale pone de relieve los principios de base del proceso salud-enfermedad y denuncia la torpeza de cuidar sólo a los enfermos. Demuestra que cuidar es, en primer lugar, preocuparse por mantener la salud y, por tanto, conocer las condiciones que favorecen su mantenimiento y su desarrollo.
8. Nightingale F., "What a Nurse is to be", In *Selected Writings of Florence Nightingale*, rassemblés par L. R. Seymer, New York, Mac Millan Co, 1954, pp. 351-352.
9. El primer curso impartido en el Teachers College es un curso de economía hospitalaria. Los programas de enfermería en el Teachers College mantendrán un dominio pedagógico hasta después de la década de 1960.
10. Rawnsley M.M., "The Goldmark Report: Midpoint in Nursing History", *Nursing Outlook*, june 1973, pp. 380-383.
11. Abdellah F., *Patient-Centered approaches to Nursing*, New York, The Mac-Millan Company, 1961, pp. 5-6. Consultar también Longway M., "Curriculum Concepts — An Historical Analysis", *Nursing Outlook*, february 1972, pp. 116-120.
12. Cannon W.B., *The wisdoms of the body*, W.W. Norton et Co Inc. New York, 1939.
13. Selye H., *Stress Acta Inc.* Montreal, 1950.
14. Habrá que esperar hasta la década de 1960 para ver publicados trabajos importantes sobre el Clinical Nursing, pero tienen sus raíces en los trabajos de Cannon, Selye, Dubos... Entre los más conocidos es importante citar los de: Beland I., *Clinical Nursing*, Pathophysiological and Psychosocial Implication Macmillan Co. New York, 1965.
Levine M., *Introduction to clinical nursing*, Philadelphia, F. A. Davis Company, 1969.
15. Brown E. L., *Nursing for the Future*, N.Y. Russel Sage Foundation, 1948.
16. Abdellah F., *op. cit.* p. 5.
17. *Ibid.*, page de garde.
18. Henderson V., *Principes fondamentaux des soins infirmiers*, C.I.I., 1958.
19. Bertalanffy L., *Théorie Générale des Systèmes*, Traducción Française Dunod, 1972.

20. Nightingale F., *op. cit.* p. 15 y *op. cit.* p. 5.
21. "Rencontre avec N. Roper", *Infirmière Enseignante*, junio 1980, p. 9.
22. Roper N., *Elements of Nursing*, Churchill Livingstone, 1980, pp. 15, 17 y 61.
23. Henderson V., *The Nature of Nursing*, New York, Mac Millan Co., 1967, p. 11.
24. Por otra parte, es la palabra "actividades" la que golpea a Nancy Roper, no la palabra principio ni la palabra necesidad. A partir de esta palabra, "actividades", ella establecerá otras vías de reflexión.
25. Henderson V., *Principes Fondamentaux des Soins Infirmiers*, p. 1.
26. Orem D., *Nursing: Concepts of Practice*, MacGraw-Hill Company, 1971, pp. 13-36, pp. 41-66.
27. Levine M., *op. cit.*, pp. 1-11.
28. Rogers M. E., *An introduction to the Theoretical Basis of Nursing*, Philadelphia, F.A. Davis Co., 1970, pp. 83-84 y p. 89.
29. *Ibid.*, p. 89.
30. Riehl J.P. et Roy C., *Conceptual Models for Nursing Practice*, N.Y. Appleton-Century Crofts, 1974, p. 3.
31. *Ibid.*
32. Roy C., "The Roy Adaptation Model. Comment", *Nursing Outlook*, noviembre 1976, pp. 690 y 691.
33. El significativo artículo de N. Bureau aporta una aclaración muy interesante sobre este tema. Tras poner de relieve la filosofía y los valores subyacentes de cada "teoría", ella pone de manifiesto los conceptos utilizados por los diferentes autores mencionados en el libro de R. Poletti, y muestra el campo y la variedad de conocimientos empleados por estos autores. Entre otras cosas, es chocante comprobar que el tiempo y el espacio, que son dos parámetros fundamentales en todo sistema vivo, no aparecen en ningún autor. Uno se puede preguntar cómo se puede cuidar sin comprender mínimamente el funcionamiento de estas dos dimensiones. (Sin embargo, contamos con la excepción de Martha Rogers, que se refiere a los sistemas vivos.)
Bureau N., "Réflexions sur les théories de soins infirmiers", *Infirmière Enseignante*, no 1, enero 1980, pp. 5-9, y febrero 1980, pp. 5-9.
34. Leininger M., "The nature of science in nursing", *Nursing Research*, Tomo 18, 1969, pp. 388-389.
35. Quiring J., "A model for curriculum development in Nursing", *Nursing Outlook*, noviembre 1973, pp. 714-716.
36. Daubenmire M.J., King I.M., "Nursing Process Models: A Systems Approach", *Nursing Outlook*, agosto 1973, p. 517.
37. Newman M.A. "Nursing's Theoretical Evolution", *Nursing Outlook*, julio 1972, p. 452. Consultar también:
Crawford G., Dufault K., Rudy B., "Evolving issues in Theory Development", *Nursing Outlook*, mayo 1979, pp. 346-350. Este artículo explica lo que ha presidido las diferentes opciones concernientes a una teoría de cuidados de enfermería o a teorías que sirven para la práctica de los cuidados de enfermería.
38. Newman M.A., *op. cit.*, p. 452. Los niveles III y IV de la teoría predictiva y prescriptiva están descritos por Dickoff J. y James P. en *Theory development*

- in nursing* in Verhonick P.J. editors Nursing Research, Boston, Little, Brown and Co, 1975, p. 324. R. Poletti lo menciona en *Les Soins Infirmiers, théories et concepts, op. cit.*, pp. 14-15.
39. Adam E., "L'application d'un modèle conceptuel au programme d'études collégiales", Extrait du rapport *Ressourcement et Envol*, Documento no publicado, Colloque des Techniques Infirmières, 2-5 juin 1980, pp. 49-50.
 40. *Ibid.*, p. 50.
 41. de Smedt M., "Edgar Morin, Sociologue et Philosophe", *Psychologie*, diciembre 1980, p. 11.
 42. Capra F., *Le Tao de la physique*, 1975, Traduit de l'anglais, Paris, Ed. Tchou, 1979, p. 68.
 43. Bettelheim B., *Les blessures symboliques*, 1954, Traduit en français, Paris, Gallimard, 1971, pp. 71-72.
 44. de Smedt M., *op. cit.*, p. 9.

Cuarta parte

HACIA UNA IDENTIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

*Cuidar es AYUDAR A VIVIR.*¹

*El hombre occidental aprende poco a poco lo que es ser una especie viva en un mundo vivo, tener un cuerpo, condiciones de existencia, probabilidades de vida, salud individual y colectiva, unas fuerzas que se pueden modificar y un espacio donde se pueden repartir de forma óptima. Sin duda, por primera vez en la historia, lo biológico se refleja en lo político.*²

“Notes on Nursing, What it is and What it is not.”* Los cuidados de enfermería, *qué son y qué no son*. ¿No hay aquí una indicación de lo que constituye su identidad? Porque realmente es lo que puede identificar a los cuidados de enfermería que Florence Nightingale se ha aventurado a describir con el fin “no de enseñar a las mujeres a cuidar —esto pueden aprenderlo por sí mismas— sino únicamente de darles algunas sugerencias sobre los elementos de los cuidados de enfermería que siguen siendo totalmente desconocidos”.

No se trata de un rol, ni de una definición, y en ningún caso “es una regla de pensamiento que enseña a las enfermeras cómo cuidar, y aún menos de un manual que les muestra a las enfermeras a cuidar”, sino del testimonio que los cuidados de enfermería “se basan en las leyes que presiden la salud con las que se confunden, ya que son en realidad de la misma naturaleza, están orientadas a los sanos y a los enfermos”.

Todo está aquí, encerrado en este librito. Aquí se encuentra toda la sabiduría y el espíritu que preside el fundamento y la identificación de los cuidados de enfermería. Sin embargo, la prevalencia de las funciones promulgadas o prescritas por las reglas religiosas, morales, técnicas o científicas, ha enmascarado y a menudo continúa dejando en la sombra lo que preside la identificación de los cuidados de enfermería, cuyas lejanas raíces reposan sobre todos estos cuidados que promueven la vida.

* Para la presentación de esta cuarta parte me he inspirado en el prefacio y el prólogo de *Notes on Nursing*, textos en cuya línea sitúo el enfoque de los cuidados de enfermería en los que he tratado de profundizar.

¿Qué representan estos cuidados que durante milenios se han emparejado esencialmente con las actividades de las mujeres y que cediendo a descréditos sucesivos han dejado invadir el campo de los cuidados por los tratamientos médicos? Como en otros tiempos cada cual sabía lo que podía esperar de los servicios de “la anciana” sin que en ningún momento fuera objeto de definición alguna —al contrario, se le conocía por lo que la caracterizaba en sí misma, como mujer—, parece que hoy es importante sumarse a intentar identificar el servicio de enfermería. Más que una “definición de la enfermera” es deseable delimitar la identidad de la actividad de la enfermera (capítulo 11), lo que exige determinar la naturaleza de los cuidados de enfermería (capítulo 12), así como los elementos que participan en su elaboración (capítulo 13) para aclarar lo que precede a su creación, evaluar su poder, diferenciar sus límites, valorar su dimensión social y económica (capítulo 14). Esto no podría hacerse sin preguntarse por su precio (capítulo 15).

“Las notas que siguen no pretenden ser en ningún caso una regla de pensamiento... solamente proponen aportar algunas sugerencias”³ para la reflexión de los que son llamados a cuidar.

NOTAS

1. Oraison M., *La Mort... et puis après?* Paris, Fayard, 1967, p. 75.
2. Foucault M., *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1976, p. 187.
3. *Notes on Nursing, op. cit.*, Préface, p. 13.

De una definición de la enfermera a una identificación de los cuidados de enfermería

El concepto de identidad abarca este campo de las relaciones humanas donde el sujeto se esfuerza por realizar una síntesis entre las fuerzas internas y las fuerzas externas de su acción, entre lo que es para él y lo que es para los demás.¹

Como hemos podido constatar hasta este momento, cada vez que nos esforzamos por delimitar la práctica de enfermería, hemos llegado a la *definición de un rol*. Este rol parece ser el resultante de un modelo cultural determinado por la elaboración de un sistema de comportamiento que ha generado sus propias reglas de conducta.

A partir de las [mujeres] consagradas, el rol ya no es el reflejo de un conjunto de actividades a las que se remite, sino que representa *una línea de conducta, un conjunto de actitudes necesarias para cuidar*. Ahora bien, no es un oficio o una profesión que pueda necesitar ser reconocido por los usuarios, las instituciones u otros grupos profesionales, a partir de la única promesa de una garantía moral. Le hace falta justificar actividades y servicios, que garanticen por sí mismos un saber que confirme una denominación profesional o un título.

Por lo tanto, el dilema de la enfermería se basa en la exigencia de pasar de una profesión de fe basada en un “credo” que tiene por finalidad *servir, estar al servicio de* (de los enfermos antiguamente, de los médicos a continuación) a una aclaración necesaria sobre el *servicio ofrecido*. Incluso en cuanto a lenguaje, la diferencia es importante, ya que no se traduce en verbos que indican conductas y comportamientos, sino en sustantivos que designan un trabajo, una producción y una oferta.

Proceso de institucionalización del rol de la enfermera en estatus profesional

El primer estadio del proceso de institucionalización profesional fue la organización de una enseñanza particular, impartida en distintos cursos o escuelas y elaborada esencialmente alrededor de un *rol moral*. Esto da lugar al reconocimiento de una cierta calificación sin consecuencias jurídicas (diplomas de escuelas).

El movimiento de profesionalización se arraiga verdaderamente a partir de la *diferenciación de los actos técnicos*. Las tareas técnicas que implican la adquisición de zonas de conocimiento precisas obligan a un reconocimiento jurídico que pueda certificar esta adquisición; de ahí la creación en 1922 de los títulos de capacitación profesional, después del Diploma de Estado en 1938, confirmado en 1946 al ser exigido para ejercer.

En este punto, al *rol moral*, trama indiferenciada de todas las actividades de la enfermera dejadas a su generosidad, disponibilidad, a su conciencia profesional, se suma un *rol técnico*, para el cual se exige un diploma reconocido que garantice un saber técnico; ya no basta el rol moral (a pesar que las religiosas-enfermeras lo reconocieron como suficiente durante mucho tiempo).

El rol técnico es el que da a la enfermera el derecho a tener un título reconocido y le confiere un *estatus*. Hasta el 31 de mayo de 1978 este estatuto es la institucionalización del rol (moral) encarnado en la enfermera, con habilitación para poder ejecutar un conjunto de cuidados (técnicos) prescritos por el médico. De esta forma, la práctica de enfermería, cuyas competencias sólo son reconocidas como un conjunto de “actos médicos” delegados, es tributaria de decisiones médicas para todos los “cuidados asimilados” con tareas técnicas, y continúa dependiendo implícitamente del rol moral y de la conciencia profesional para todas las demás labores.

El estatus representa, pues, una institucionalización del rol de la enfermera, un catalizador de las prescripciones médicas y de las expectativas del enfermo, sin aclarar la prestación de la enfermería. Así, el proceso de profesionalización de la enfermería se elabora alrededor de un rol, expresión de las actitudes y del comportamiento de la enfermera, al que la precisión de las tareas médicas delegadas le da el sello de un estatuto jurídico. Como ocurre habitualmente en el caso de un oficio o una profesión, los fundamentos de este estatuto no se basan en ningún momento en las competencias de la enfermería, de donde derivaría la función de la enfermera que confirmaría el estatuto de enfermería. Las numerosas derogaciones al derecho de ejercer no hacen más que confirmar este hecho, del mismo modo que “otras profesiones han aparecido en el vacío jurídico

que caracteriza el ejercicio de la enfermería como terreno específico de calificación. Sobre la propia ambigüedad de su existencia, es decir, sobre la afirmación de una actividad abandonada por el cuerpo médico pero sin *atribuciones jurídicamente definidas*, surgen otras profesiones que lo han dividido en los dos grandes ejes que le son propios, un “rol técnico” y un “rol de trabajador social”.²

La ley del 31 de mayo de 1978, al redactar una nueva “definición de la enfermera”, introduce el concepto del “rol propio” del que la enfermera sigue siendo el catalizador que debe compaginar lo que ha sido prescrito por el médico con lo que puede cambiar por su propia iniciativa. Representando una etapa en el camino de la profesionalización, nos podemos preguntar si es posible conciliar definición y rol.

Incompatibilidad entre definición y rol

Si admitimos que el aspecto más ordinario del rol es la forma de interpretar un hecho, una actividad, una función o un estatus, éste está constituido por una infinita variedad de elementos que entran en juego, de “variables” que interfieren, interactúan y crean diferencias en la manera de hacer y de proceder.

El rol es la manera de actuar, la forma de vivir, de volver a sentir lo que se hace al ejercer una función. *No es la función, es la expresión de la función*. Así, ninguna madre de familia realiza sus funciones de madre de la misma manera, cada una las lleva a cabo con una forma de ser y de hacer que le es propia, con unas funciones y un estatus idénticos.

¿Por qué sería distinto para el rol profesional? A menos que las personas que ejercen un oficio o una profesión fueran formadas de acuerdo a una definición, que fueran reducidas a tener comportamientos de autómatas dictados por lo que se ha determinado que ellas debían ser o por lo que se ha decidido que debía de ser su imagen, una definición del rol profesional es antinómica. No puede conducir más que a someter y a esterilizar la capacidad de reflexión, de creatividad, de iniciativa. Más bien, ¿no haría falta orientarse hacia una clarificación de *los cuidados de enfermería y de la función de la enfermera*?

Estos intentos de clarificación dan lugar a una movilización activa de la profesión como ha demostrado la Comisión de Trabajo del Consejo Superior de las Profesiones Paramédicas, cuya tarea era determinar “el rol propio” de la enfermera, y para hacerlo ha intentado delimitar “una definición de los cuidados de enfermería”.³ Pero la ambigüedad que sigue existiendo entre “definición de enfermera” y el concepto de “rol” (no de función), entre la nomenclatura de actos-tareas y un campo de iniciativa profesional, hace difícil esta empresa.

Límites de una definición de los cuidados de enfermería

La experiencia muestra que cualquier definición encierra y plantea un marco formal, reviste un carácter estático al tropezar con la dependencia y la dinámica de la vida. En lugar de servir de indicación, una definición es casi siempre objeto de una aplicación normativa. A menudo es tan rígida y formal que se hace dogmática rápidamente, transmitiendo una ideología-refugio tras la cual uno se ampara o intenta circunscribirse. Pero es cierto que puede ser más fácil dar definiciones que encierran bellas ideologías (p. ej., definición de salud) o normas de seguridad (definición de lo normal y lo patológico), que intentar diferenciar orientaciones, características, indicios que puedan servir de indicadores teniendo en cuenta la diversidad de situaciones.

Si prestamos mucha atención, nos podemos dar cuenta que el servicio ofrecido por un oficio rara vez está sometido a una definición. Es el objeto de una descripción, de una enumeración de las principales características, propiedades y atributos que permiten reconocerlo.* Parecería ser lo mismo con los cuidados de enfermería que no pueden ser delimitados en una definición y que no podrían tener significado si no tuvieran en cuenta la diversidad de las necesidades de salud en función de lo que tiene sentido para la vida de las personas. Por el contrario, es indispensable *identificar las características de los cuidados y del servicio de enfermería, explicar el proceso de los cuidados de enfermería* y determinar sus competencias para que su contribución sanitaria y social sea reconocible y reconocida, para que los usuarios de los cuidados sepan lo que pueden esperar de ellos, y que los cuidadores puedan valerse de los medios y las condiciones necesarios para su prestación. A partir de estas características se pueden desempeñar las funciones profesionales, base de la definición jurídica de la profesión, no de una definición de la enfermera que no podría ser el fundamento de una definición profesional.⁴

De una definición a un proceso de identificación de los cuidados de enfermería

Identificar los cuidados de enfermería es preguntarse por lo que los caracteriza y lo que fundamenta su identidad. Pero detengámonos un momento en el *principio de identidad*. La identidad es un proceso complejo, caracterizado por varios aspectos:

* Si tomamos por ejemplo el pan, uno de los productos más viejos del mundo, uno de los más antiguos servicios ofrecidos, está descrito, no definido como un “alimento hecho de harina amasada, fermentada y cocida en el horno”. Diccionario Larousse.

La identidad es una forma de individualización insertada en una red de pertenencia. Así, una silla pertenece a la red de pertenencia de los muebles: tiene características que hacen que se pueda identificar como un mueble, pero al mismo tiempo se diferencia por las formas, las propiedades y atributos que le son propios. De la misma manera, el individuo hombre, mujer o niño se identifica por las diferentes redes a las que pertenece: familia, clan, etnia, raza, especie. *Los cuidados de enfermería tienen que encontrar su individualidad con respecto a la red de pertenencia de los CUIDADOS.*

La identidad no puede concebirse más que con respecto a la otredad. Es lo que distingue el aspecto original, particular, singular de un objeto, de un individuo o de un grupo con respecto a los demás. La identidad sólo existe en relación a los demás. En cuanto a los cuidados de enfermería hay que separar su finalidad original y poner en evidencia los aspectos singulares o las circunstancias específicas de este tipo de cuidados con respecto a los que pueden proporcionar otras personas (cuidados maternos), otros grupos o profesiones, particularmente en relación con la profesión médica.

La identidad es compuesta, es una unidad compleja constituida por la interconexión única y singular de múltiples variables (materia, forma, color, volumen... o incluso sexo, edad, parentesco, profesión de una persona...). Estas variables, siendo comunes a un gran número de objetos o de individuos, se superponen y se organizan de una forma única y singular dentro de una red de pertenencias para cada unidad (por ejemplo, tal silla de estilo Directorio respecto a otras sillas distintas de otros siglos). Así, es importante distinguir la red de variables que se superponen y se organizan de forma única para constituir el cuerpo de los “cuidados de enfermería” y diferenciar, en el seno de este cuerpo, el conjunto de variables que caracterizan tal o cual cuidado.

La identidad se basa en dos polos, dos componentes antagonistas aunque complementarios. Tiene un *componente de permanencia, de continuidad*, pero este componente no excluye *el cambio continuo, la modificación permanente.* *La identidad se establece a través del cambio.* Es a la vez la cohesión, la unión de lo que existe y de lo que está muriendo. Los genes portadores de un patrimonio invariable se perpetúan por medio de células que mueren y que nacen en el seno del organismo. La continuidad de la vida de todo ser vivo se prolonga en una renovación permanente: así, el embrión que éramos cada uno de nosotros se convierte en huevo, feto, niño, adolescente, adulto y viejo; sin embargo, esta continuidad que se alimenta de una regeneración ininterrumpida, permanece. Todo ser vivo lleva consigo un movimiento genésico constante, siendo siempre él mismo.

Lo mismo ocurre con los cuidados de enfermería que no pueden disociarse de las situaciones de la vida de las personas. Esforzarse por encontrar

una identidad a los cuidados de enfermería para hacerlos *identificables*, no idénticos, es aceptar el *reconocimiento de unas características permanentes que tendrán que ajustarse a situaciones cambiantes*. Sería grave hacerse ilusiones y basar la identidad de los cuidados en unas características uniformes, unas constantes o unas teorías aplicables de forma estereotipada.

Identificar los cuidados de enfermería es hacer reconocible la naturaleza de los cuidados de enfermería, los elementos que participan en su elaboración: los conocimientos y los instrumentos que utilizan, así como las creencias y los valores en que se basan. También se trata de aclarar las competencias de la enfermería, el proceso de cuidados de enfermería e identificar la naturaleza de su poder, sus límites y sus dimensiones sociales y económicas.

NOTAS

1. Sainsaulieu R., *L'identité au travail*, Paris, Presses de la Fondation Nationale de Sciences Politiques, 1977, p. 319.
2. Chauvenet A., "L'infirmière technicienne ou travailleur social", *op. cit.* p. 1142. Hay que señalar que el rol constituye de tal forma la textura de las características de la profesión, que incluso aquí A. Chauvenet cita roles y no funciones.
3. Bonsart M.T., "Vers une nouvelle image de l'infirmière?", *Infirmière Enseignante*, No 2, febrero 1981, p. 9-11.
4. Consultar para este tema las propuestas del grupo de trabajo del Comité Central de la Asociación Suiza de Enfermeras: "Le groupe de travail "définition de la profession" s'adresse aux membres de L'A.S.I." *Soins Infirmiers* (Revue Suisse des Infirmières), 8/80, pp. 417-419.

Interrogación sobre la naturaleza de los cuidados para comprender la naturaleza de los cuidados de enfermería

¿Será necesario no considerar la vida de otra forma que no sea a través de la mirada de odio que se vierte sobre la muerte?

Como si algo pudiera tener valor fuera de la vida; y permitiera apreciar la vida fuera de la vida...

Como si el pensamiento, que sólo la vida hace posible, pudiera tener otra misión que no sea servir a la vida.¹

Sólo se puede distinguir la naturaleza de los cuidados de enfermería si se intenta identificar aquello en lo que se basan los cuidados y, entre ellos, los cuidados de enfermería. Pues los cuidados de enfermería forman parte del conjunto de actividades de los cuidados, siendo éstos una actividad cotidiana y permanente de la vida.

Para entender la naturaleza de los cuidados de enfermería se requiere volver a situarlos dentro del único contexto que les da todo su sentido, su significado real: *el contexto de la VIDA* o, con mayor exactitud, *el contexto del proceso de VIDA y de MUERTE* al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.

CUIDAR

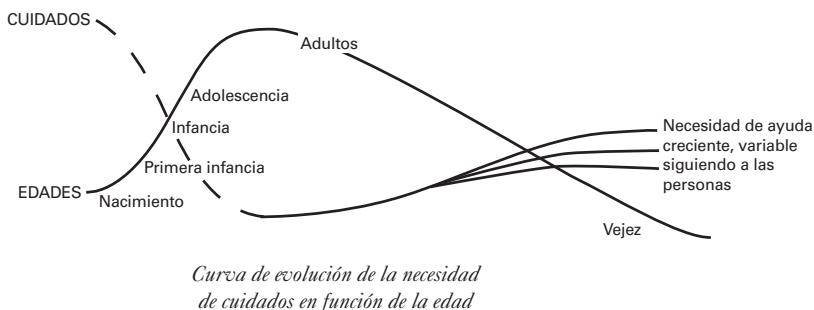
Cuidar es primero y ante todo, un *acto de VIDA*, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA y permitir que ésta continúe y se reproduzca. Al cuidar, no se puede eludir la pregunta: *¿Qué vida se continúa? ¿A qué precio? ¿Por qué razón de existir?*

Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un *acto de reciprocidad* que se tiende

a dar a cualquier persona que requiere, temporal o definitivamente, ayuda para asumir sus necesidades vitales:

— Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía están ligadas a la edad. La curva de los cuidados, necesariamente proporcionados por otra persona que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo las necesidades de cuidados desde el nacimiento a la primera infancia, luego a ésta y a la adolescencia.

En la edad adulta se puede llegar a recibir cuidados en determinadas circunstancias, pero estas mismas personas serán proveedoras de cuidados, aportarán su contribución por medio de la familia y del ejercicio profesional, y todo esto no ocurre sólo en las profesiones llamadas sanitarias. Esta curva varía según las personas y los medios:



— Esto ocurre todavía en algunos acontecimientos de la vida como la maternidad o el nacimiento, que requieren una ayuda concreta; —también cuando una persona o grupo se encuentra con crisis y obstáculos en su vida, que en algunas ocasiones llegarán hasta la enfermedad y el accidente—. Estos acontecimientos tendrán por sí mismos consecuencias y repercusiones diferentes según el periodo de edad en que ocurran, y según todo lo que hayan influido en el desarrollo y el dominio del proceso dependencia-autonomía.

Dentro de una u otra de estas eventualidades, hay una absoluta necesidad de recurrir a la ayuda para asegurar el mantenimiento de su propia vida; ayuda que, según las circunstancias, puede proceder de la familia, los vecinos o los allegados, o requerir la suplencia de personal listo a procurarla. No es forzosamente compleja, sino que exige ser dada cuando se alcanza un umbral que obstaculiza la vida cotidiana, para que

no sea la situación la que se haga compleja. Así, cuando alguien tiene una afección en la vista y vive en una casa donde la escalera resulta peligrosa, su defecto visual puede poner su vida en peligro si, por esta razón, esta persona no puede salir ni hacer los recorridos indispensables para su vida cotidiana. Si nadie puede valorar con ella, dadas sus condiciones de vida, las dificultades que encuentra para seguir atendiendo las necesidades diarias, y no percibe la forma de suplirlas, la situación de esta persona se va a agravar rápidamente, no por el propio trastorno de la vista, sino debido a las consecuencias de esta afección en su vida. Esto nos lleva a comprobar que existe una diferencia entre la naturaleza de los cuidados que tienen por objeto asegurar la vida diaria, y los que se centran en la enfermedad, que a menudo se proporcionan excluyendo al que la vive.

Diferenciación de la naturaleza de los cuidados relacionados con las funciones de la vida

El vocabulario inglés, más rico que la lengua francesa respecto a la noción de cuidados, ha mantenido dos tipos de cuidados de naturaleza diferente:

— *los de costumbre y habituales*: *care** relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida;

— *los de curación*: *cure*** relacionados con la necesidad de reparar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados cotidianos y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: *care* representan a todos los cuidados permanentes y diarios cuya única función es mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo), de calor, luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial, etc., aspectos que interfieren entre sí.

Los cuidados cotidianos y habituales están basados en todo tipo de hábitos, costumbres y creencias. A medida que se constituye la vida de un grupo, nace todo un ritual, toda una cultura que programa y determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida.

Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida y aseguran su permanencia y su duración.

* *To care*: cuidar de, ocuparse de.

** *To cure*: curar, resecar, tratar suprimiendo el mal; de ahí deriva, cura, curación.

Todos los cuidados de la madre hacia su hijo son los que nos vamos a dar cada día a medida que adquiramos autonomía, que otras personas deben compensar cuando vemos que esta autonomía se estrecha, disminuye, o cuando la hemos perdido.

Los cuidados *representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida* como beber, comer, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando y manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello fundamental para la vida, *las fuentes de energía vital*: la luz, el calor, la relación con personas conocidas, los objetos familiares, etcétera.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: cure. Garantizar la continuidad de la *VIDA encuentra obstáculos* o trabas, entre las principales están:

— el hambre, es decir, la falta de recursos en energía alimentaria para mantener las funciones vitales. Este fue el principal obstáculo de la vida durante miles de años, e incluso ahora para una gran parte de la población mundial. Se traduce sobre todo en un fenómeno de mala nutrición con predominio de insuficiencias nutricionales, incluso entre algunos grupos sociales en las sociedades desarrolladas, o por sobrenutrición en los grupos que gozan de abundancia;

— la enfermedad;

— el accidente;

— la guerra.

En determinadas circunstancias es necesario utilizar, además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación, es decir, todo aquello que requiere el tratamiento de la enfermedad. Estos cuidados se van a añadir a los habituales. De hecho, sólo pueden tener sentido si se mantiene todo aquello que contribuye a la continuidad y desarrollo de la vida, aun si temporalmente, en determinadas circunstancias —más excepcionales de lo que se quiere reconocer— pueden ser de forma transitoria el primer “gesto que salva”, es decir, prioritariamente los más indispensables. Pero esto no puede prolongarse mucho tiempo, incluyendo casos gravísimos como el coma.

Sin el acompañamiento concomitante de los cuidados cotidianos (alimentarios, de higiene, y las relaciones que implican), asistimos a la estabilización o al agravamiento del proceso de degeneración: *la vida se retira cada vez que uno se preocupa más de lo que se muere que de lo que vive.*

Los cuidados de curación tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atacar sus causas. Los cuidados centrados en el hombre con

relación a entorno se han centrado, en las sociedades occidentales, cada vez más en las enfermedades, comprometiendo un proceso de análisis que ha aislado las causas orgánicas de las físicas y que ha dejado de lado las causas socioeconómicas.

La ruptura entre el cuerpo y el espíritu, entre el hombre y su entorno, operada en las sociedades occidentales, la multiplicación de las técnicas de investigación y de curación centradas en la enfermedad, han despejado poco a poco las interrogantes sobre las causas relacionadas con la forma de vida, las condiciones de vida o el deseo de existir.

El discernimiento de los cuidados de curación se ha hecho aislando cada vez más a cada individuo de su entorno, de su nicho ecológico, su grupo, e incluso de sí mismo como persona, puesto que el objeto de la curación se ha convertido poco a poco en la función orgánica o mental, el órgano, el tejido, la célula aislada de su todo y, por tanto, de todo aquello que puede dar significado al proceso salud-enfermedad.

De este modo, los cuidados de curación van a predominar de forma progresiva hasta el punto de obliterar, e incluso de excluir, a los cuidados para el mantenimiento de la vida que se minimizan y se hacen secundarios, cuando siguen siendo fundamentales, pues sin ellos ninguna vida puede continuar.

Cuando prevalece la *cure* sobre el *care*, es decir, *los cuidados de curación* descuidando *los cuidados habituales y de costumbre*, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, pues se agotan las fuentes de energía vital, sean de la naturaleza que sean (física, afectiva, social, etc.). Esta aniquilación puede llegar hasta un deterioro irreversible.

Todas las capacidades vitales restantes piden y exigen ser movilizadas constantemente —así hasta el umbral de la muerte— para que las energías vitales prevalezcan sobre los obstáculos de la vida, incluso en el umbral de la muerte. Pondría, por ejemplo, la película *Rak*² de Charles Belmont que muestra cómo el personal sanitario “condena a las personas a muerte incluso antes de su muerte”, aniquilando o matando toda la vida que queda en ellos, fijándose en todo aquello que está muriendo. Así, esta mujer afectada de cáncer que por estar enferma, ve cómo se inmoviliza todo aquello que constituía su vida al estar confinada en la cama y al no tener más que una vida casi letárgica, mientras todo lo que tenía sentido para ella, los recuerdos, el apartamento cálido con flores, su luz, sus cosas, la relación con sus amigos, su abrigo en la modista, habría desaparecido si su hijo no hubiera comprendido cuán fundamental era. Así, ella pudo vivir su muerte en lugar de conocer la muerte de lo que le quedaba de vida.

Diferenciar la naturaleza de estos *dos tipos de cuidados* nos hace llegar a la *encrucijada de las orientaciones y las opciones fundamentales que guían las elecciones* que se hacen, no sólo respecto a la función cuidadora del personal sanitario, sino también respecto *al conjunto de la acción sanitaria y social*.

La opción relacionada con los cuidados de conservación y desarrollo de la vida, y la relacionada con los cuidados de curación no se excluyen mutuamente, sino que deberían ser constantemente objeto de discernimiento respecto a las situaciones que precisan que se den cuidados, que se preste ayuda para responder a las necesidades vitales.

Ya sea a nivel de la prestación de cuidados en las situaciones más individualizadas, o en familias o grupos dentro de una vasta acción sanitaria y social, las preguntas siguen siendo las mismas:

— ¿Qué contribuye a mantener y desarrollar la vida (madres de familia, trabajadores, niños escolarizados...)? ¿Qué forma de vida? ¿La vida de quién? ¿Respecto a qué? ¿Por qué razón se existe?

— ¿Qué es lo que elimina los obstáculos de la vida? ¿Qué adormece la vida de los hombres sanos y de los enfermos? ¿Qué amenaza con hundirlos en un estado de vida neurovegetativa? ¿De vida letárgica? ¿Cuáles son los cuidados curativos indispensables para el mantenimiento de la vida? ¿Cuáles son superfluos o incluso dañinos?

Los cuidados de enfermería no pueden eludir estas opciones, forman parte integral de ellas.

En qué conciernen los dos tipos de cuidados mencionados a los cuidados de enfermería: los cuidados habituales de mantenimiento de la vida, los cuidados de curación

Si en los cuidados de enfermería encontramos esta diferente naturaleza relacionada con los dos tipos de cuidados, podemos preguntarnos: ¿de qué forma pueden reconocerse en lo fundamental los cuidados relacionados con las funciones de continuidad y restablecimiento de la vida?

Como se ha podido ver, los cuidados para el mantenimiento de la vida han sido durante miles de años los más corrientes, numerosos e importantes, seguramente porque se estaba muy indefenso respecto a la curación de la enfermedad y del accidente. Pero esta explicación única no podría ser suficiente. ¿De qué puede servir restablecer o tratar, si no se tiene en cuenta todo aquello que mueve la vida? Con la expansión masiva de la posibilidad de tratar —sin por ello cuidar—, es decir, de

ayudar a vivir, los cuidados de curación han invadido progresivamente el campo de todas las prácticas curativas, las de las madres, los padres, los vecinos, los amigos y *a fortiori* las del personal de enfermería convertido en auxiliar, no del enfermo, sino del médico.

Con el desconocimiento de la importancia de los cuidados relacionados con el mantenimiento de la vida, se ha descuidado gravemente todo lo importante para que un niño, un adulto o una persona de edad avanzada puedan seguir dando respuesta a sus necesidades cotidianas: adquirir un desarrollo psicomotor, o no perderlo, desarrollarse, mantener su cuerpo y su imagen corporal, desplazarse, tener una vida de relaciones, etc. Más de un niño hospitalizado o ingresado por “razones sanitarias” se ha encontrado más disminuido físicamente por la detención de su desarrollo psicomotor durante el periodo de hospitalización que por la afectación resultante de la enfermedad.

Lo mismo ocurre con los adultos, aunque es menos manifiesto, pero no menos real.

Al medicalizarse, los cuidados de enfermería han perdido de vista y dejado de lado *todo aquello que tiene sentido para garantizar la continuidad de la vida de los hombres y su razón de ser*. Abandonando el vastísimo terreno de los cuidados para el mantenimiento de la vida, o relegándolo como algo secundario, menor o sin importancia, se crea un inmenso agujero en los cuidados de enfermería.

Si la interrogación y el saber-hacer con respecto a la enfermedad predominan sobre todo lo que se considera importante para poder seguir haciendo su vida, y realizándose en la expresión de su vida, ya no hay que hablar propiamente de cuidados, sino sólo de tratamientos.

Por lo tanto, es aquí donde se sitúa el paradigma perdido mencionado por Edgar Morin,³ es decir, esta falta de preguntas y de investigación sobre todo aquello que constituye a la vez los elementos fundamentales de la vida: la energía, el espacio, el tiempo, la información, la relación, y también la forma que tiene el hombre de entenderlos en su cultura, en su relación con el mundo, en su forma de existir.*

La amputación de todo aquello que afecta a la continuidad de la vida oblitera los cuidados y, particularmente, los cuidados de enfermería cuya *única finalidad es permitir a los usuarios de los mismos desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones*

* Hay que señalar que en inglés se emplea la expresión *nursing care* y no *nursing cure* para designar los cuidados de enfermería. El lenguaje traducido aquí tiene el concepto de los cuidados basado prioritariamente en los cuidados de mantenimiento de la vida. Actualmente no ocurre siempre así en los países anglosajones.

lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva esta última.

Si cuidar no se puede limitar a tratar la enfermedad, por grave o benigna que sea, es importante preguntarse entonces cuáles son los elementos, las referencias, que pueden contribuir a establecer el proceso de los cuidados de enfermería partiendo de las situaciones vividas por las personas que requieren cuidados, y teniendo en cuenta la naturaleza de los cuidados para el mantenimiento de la vida y de los cuidados de curación.

NOTAS

1. Leclerc A., *Paroles de femme*, Paris, Grasset, 1974, pp. 34 y 36.
2. *Rak*: película que muestra los grandes rasgos de la salud en Francia y la concepción de los cuidados del personal sanitario, médico y de enfermería, 1972.
3. Morin E., *Le Paradigme perdu*: La nature humaine, Paris, Ed. Seuil, 1973.

Elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermería

Creo que los verdaderos elementos de los cuidados de enfermería siguen siendo completamente desconocidos.¹

Incluir lo vivo en lo humano y viceversa nos permite concebir el concepto de vida en toda su plenitud: ésta deja de ocupar un espacio intermedio entre lo físico y lo antropológico; adquiere un amplio sentido enraizado en la organización física y rompe con todo lo que es antropológico.²

Así, toda creación aparece en este punto de equilibrio, en el vértice de este diálogo donde cada una de las partes, hombre y materia, tiende a realzar los valores del otro.³

Si lo característico de un oficio o una profesión es ofrecer a los que lo soliciten o estén interesados, el objeto de una producción, una prestación o un servicio, esto representa el resultado de un trabajo para el que necesariamente existen unos elementos constitutivos de dicho trabajo. Evidentemente, hay un material (materia inerte o materia viva, información) que va a sufrir una *transformación*. *Cualquier trabajo llevado a cabo por un oficio o una profesión es una operación, un proceso que consiste en transformar diferentes elementos con la ayuda de instrumentos para conseguir un objetivo.* Un trabajo es identificable cuando se puede proyectar lo que se pretende conseguir, cuando se conoce la gama de los elementos que intervienen en su cumplimiento, los instrumentos necesarios para su realización, y cuando se puede presumir de qué forma van a interactuar los elementos e instrumentos. Sin embargo, el conocimiento que se tiene del trabajo no puede ser total. Siempre existe algo imprevisible que no se puede apreciar ni delimitar. Así, el alfarero, para hacer un tazón, un plato o una escudilla, debe conocer los elementos tierra, agua, aire y fuego con sus variantes (diferentes arcillas, combustibles, etc.) y prever cómo van a reaccionar con la ayuda de los instrumentos (las manos, el horno, etc.) en un

periodo determinado (ya que todo se inscribe en el tiempo), no pudiendo adivinar la parte desconocida del resultado final.

Todo trabajo es un encuentro con lo desconocido: éste puede producirse gracias al dominio de elementos y datos conocidos, y a la comprensión de la forma en que interfieren.

Se podría pensar que es completamente distinto con el proceso de cuidar, hasta el punto de que el apego a un concepto profesional, en el sentido de un credo ideológico, siempre ha conducido a despreciar el concepto de oficio. Ahora bien, comparar el trabajo de la enfermería con el de un oficio permitiría sanear la ambigüedad y la permanente indiferencia mantenida por la movilización de los valores ideológicos, aun cuando estos últimos puedan cambiar de orientación y fluctuar entre valores ligados a la técnica, a la relación, o a ciertos conceptos de salud. Del oficio, la enfermería no ha tomado nada más que “la técnica”, es decir, el aprendizaje de un gesto, el manejo de instrumentos y aparatos, sin dominar por ello las relaciones que se establecen entre este saber hacer y su pertinencia con el conjunto de la situación.

Como en cualquier oficio, el proceso de los cuidados de enfermería se desprende de un trabajo que se conforma a partir de la constante movilización de elementos que interactúan con objeto de discernir las necesidades vitales de una persona, una familia o un grupo, las cuales es necesario suplir para poner en práctica una acción que les pueda satisfacer o compensar.

Mientras que la mayoría de los oficios procede de un encuentro del hombre con la materia, de la familiarización recíproca del uno con el otro, *el proceso de los cuidados de enfermería procede de un encuentro entre dos (o más) seres vivos que poseen los elementos del proceso de cuidados*. Este proceso se sitúa en la encrucijada de un sistema de cambio que procede de fuentes diferentes para llegar a determinar la naturaleza de los cuidados que hay que suministrar y los medios para ponerlos en práctica. Es un proceso de elucidación ↔ acción entre dos interlocutores sociales con competencias diferentes y complementarias dirigidas a encontrar su forma de realización a partir de las capacidades y los recursos de cada uno en un entorno dado (domicilio, lugar de trabajo, institución sanitaria hospitalaria o extrahospitalaria).

Identificar el trabajo de enfermería requiere reconocer los elementos que participan en la construcción del proceso de cuidados de enfermería, es decir, especificar a qué conocimientos ha recurrido, qué tecnología ha utilizado y cuáles son las creencias y los valores sobre los que se basa la prestación de los cuidados de enfermería.

Los conocimientos

Las aptitudes que caracterizan una profesión se desprenden de un conjunto de conocimientos organizados. La adquisición de competencia profesional requiere, pues, un dominio previo o paralelo de los fundamentos teóricos de esta competencia.⁴

Un refrán dice: “Dime lo que lees y te diré quién eres”. También se podría decir: “Dime qué conocimientos utilizas para dar cuidados y cómo los empleas, y te diré qué clase de cuidados das”.

Hay que considerar dos aspectos con respecto a los conocimientos:

- las fuentes de conocimientos utilizadas;
- su modo de organización y utilización.

FUENTES DE CONOCIMIENTOS

Si el proceso de cuidar comienza por un acto de reflexión de las necesidades vitales y la búsqueda del tipo de respuesta que hay para dar, es necesario apelar a conocimientos diversos y de diferente naturaleza para percibir los *signos* del proceso salud-enfermedad y comprender su significado, es decir, descifrarlos, buscando su sentido con respecto a la persona que los vive, en conexión con su contexto de vida y las actividades de la misma.

Los ejemplos que Claudine Herzlich pone en su libro *Santé et Maladie* muestran cuánto hay que tener en cuenta lo que representa la vivencia de la enfermedad con respecto al contexto de vida; así, esta persona al ser preguntada por lo que para ella representa estar enferma responde: “La enfermedad es todo aquello que incapacita al individuo para llevar a cabo su vida de forma normal... el que tiene un resfriado, en general, continúa su vida... pero si es un cantante, no podrá trabajar, por lo tanto, está enfermo”.⁵

Los hombres tienen la salud y la enfermedad de la vida que llevan. Si el proceso de cuidar y, por lo tanto, los cuidados de enfermería, no tienen esto en cuenta, carecen de eficacia.

El acto de reflexión comprende pues dos tiempos:

— *descubrir* a la persona a partir de lo que expresa —de otra forma que no sea por medio de interrogatorios estereotipados y sistemáticos que tratan, sobre todo, de clasificar a las personas en una categoría, más que de intentar comprender lo que dicen respecto a su contexto de vida—;

— *descifrar lo que las personas o los grupos intentan decir* confrontándolo con las fuentes del saber que orientan sobre su significado.

PRIMERA FUENTE DE CONOCIMIENTOS: LA PERSONA O EL GRUPO AFECTADO

La *primera fuente de conocimientos es la persona o el grupo* que se expresa sobre un problema.

Esto parece banal, pero es una forma de trabajar inversa de la enseñada en la formación, donde se ha aprendido a hablar y a explicar a las personas antes de descubrir y comprender lo que quieren explicarnos. O bien, se utiliza lo dicho por ellos para ubicarlos en una categoría de enfermedad, o en una categoría de “caso”.

Pero para descubrir, entender y comprender lo que nos dicen las personas solicitantes de cuidados, es necesario *reaprender a ver* y *reaprender el lenguaje*: el hablado por la gente corriente en la vida diaria.

Reaprender a ver

Es reaprender la comunicación no verbal, es esa capacidad de descubrir la multitud de pequeños signos que transmite una persona por su mirada, su cara, su peinado, sus vestidos, su postura, así como los signos que provienen de su entorno social, del espacio donde ella se sitúa. Todos estos signos nos comunican una gran cantidad de informaciones a través de las cuales la persona o una familia nos habla de sí misma. En efecto, se traducen por signos de desamparo, soledad, alegría, tristeza, penuria económica y social, satisfacción, placer o deseo. Éstos están relacionados con lo expresado por una persona, con lo que quiere manifestar o esconder. Estos signos complementan lo relatado *si no se les interpreta aisladamente* —lo que irremediabilmente es fuente de error— si se encuentran las relaciones que tienen entre ellos y se busca la aclaración que aportan para comprender la situación. Como dice Edward Hall, saber ver y dejarse guiar por el sentido de la vista, aprendiendo a leer el lenguaje no verbal, el silencioso.

Reaprender los lenguajes usuales

Un lenguaje profesional es diferente de los usuales; ahora bien, las personas nos hablan de lo que pueden hacer o de lo que ya no pueden hacer por sí mismas, esencialmente en términos de *preocupaciones* o de *dificultades*. De diferentes maneras nos dan las claves de sus preocupaciones, lo que les molesta, pero el lenguaje profesional no lo puede entender, pues no comprende nada o casi nada del lenguaje cotidiano. Tenemos el testimonio de las enfermeras-puericulturistas que hacen grupos de edu-

cación sanitaria sobre la salud con las mujeres de una consulta de PMI. A la pregunta: “Para ustedes ¿qué es la salud?”, una de las mujeres dijo: “Para mí, es poder dar todos los días carne a mis hijos”, y otra: “Para mí es la esperanza de ganar en la lotería para llegar a fin de mes”. Las enfermeras están decepcionadísimas y muy disgustadas por no tener una definición sobre “el estado de bienestar absoluto...”

El lenguaje profesional ha perdido las referencias simbólicas que dan sentido a lo dicho por la gente, no comprende y no transpone nada más que lo referido a las normas de lo normal y de lo patológico.

El desprecio debido a la incomprensión del contenido y del sentido de la información existente hace temer que la gente no comunique la información sobre sí misma o sobre lo que le concierne, la tendencia actual es crear *instrumentos detectores de información*. Uno puede sólo preguntarse cómo estos cuestionarios y tests de todo tipo, añadiéndose a la anamnesis médica, permitirán a los usuarios de los cuidados expresar por sí mismos lo que tienen por decir, y cómo lo quieren decir, utilizando su saber, su forma de comunicar lo importante para ellos. Uno puede preguntarse también si la recolección sistemática de información es más útil que todas las informaciones circulantes dadas por las personas sobre sí mismas, tal y como aparecen relacionadas con su vida, y que todo cuidador puede recolectar si presta atención y aprende a establecer la relación entre estas informaciones a partir de los hechos puestos de manifiesto. Cuando vemos hasta qué punto son poco utilizados para orientar la naturaleza de los cuidados médicos y de enfermería, los datos recogidos en una historia clínica, como la edad de las personas cuidadas, número de hijos y la edad de estos últimos, su profesión, sus recursos económicos, podemos preguntarnos si los cuestionarios llamados exhaustivos y los interrogatorios que investigan la vida de las personas son de alguna utilidad o si sólo contribuyen a dar a los cuidadores un sentimiento de seguridad por haber “recorrido” toda la información por recoger. ¿No es esto una ilusión cuando, por otra parte, se sabe que las personas dan muy poca información de lo que les concierne y les preocupa por medio de interrogatorios y de cuestionarios? Incluso admitiendo que esta vía de investigación sistemática sea favorable para recopilar información exhaustiva, no sigue el *hilo conductor* dado por las personas, mientras explora su vida en terrenos donde no es necesario revelar datos a los cuidadores que a menudo no tienen relación ni conexión con la dificultad que enfrentan, el daño funcional o el defecto padecido.

Son las personas cuidadas y sus familias las que tienen los signos indicativos del sentido, de la orientación y del límite de la información que comparten con los

cuidadores. Además, los usuarios de cuidados son la primera fuente de conocimientos indispensable para el discernimiento y la puesta en práctica de los mismos. Ellos son los que están en posesión del *hilo conductor*; es decir, del *sentido: significado y dirección*. Todavía hace falta que el personal de enfermería (como cualquier otro personal sanitario) sea capaz de captarlo, es decir, de comprenderlo creando relaciones entre las diversas informaciones recibidas a lo largo de las conversaciones y las entrevistas, diferenciando cuáles hay que completar forzosamente *por la naturaleza de los problemas planteados y por la naturaleza de la ayuda que hay que aportar*. Esto requiere que el personal cuidador apele a fuentes de conocimientos diferentes para *desarrollar una capacidad de discernimiento del sentido de la información emitida por los usuarios de los cuidados, y ser capaz de utilizarla*.

NECESIDAD DE UNA RENOVACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y DE UNA PLURALIDAD DE CONOCIMIENTOS

“Hay un mundo entre la ignorancia inconsciente de sí misma, es decir, la seguridad dogmática, y la toma de conciencia de la ignorancia. Aún más, el conocimiento puede y debe, en lo sucesivo, trabajar y comerciar sin tregua con la ignorancia.”⁶

Para comprender lo que se ha podido ver y lo que se ha dicho, es necesario confrontarlo con conocimientos que pueden explicar y aclarar lo que pasa. ¿Pero a qué fuentes de explicación se puede uno remitir?

¿Adquieren los cuidados de enfermería sus conocimientos de unas fuentes viejas, superadas, inadaptadas a la evolución económica y social, o aun a bloques sólidamente contruidos por verdades hechas o rutinas bien establecidas?

¿Se sirven los cuidados de enfermería de una sola y única fuente de explicación de la enfermedad y sus manifestaciones, en este caso la medicina, o bien están basados en un conjunto de conocimientos que les dan información sobre la vida de los hombres, sus creencias, sus hábitos de vida: en familia, en la escuela, en el trabajo, en grupos, en las instituciones?

Es evidente que el proceso salud-enfermedad, es decir, el proceso *vida-muerte*, no podrá comprenderse en absoluto de la misma forma si se sigue haciendo intervenir sólo una fuente para explicar los fenómenos, bien sea médica, psicológica, sociológica o económicamente, si se atribuye la enfermedad a un solo factor, a una sola causa, si se alejan, eliminan y rechazan diferentes factores de orden cultural, social y económico, actuando como redes de interferencia.

Ejemplo

Pondría como ejemplo el número creciente de niños que, a los tres años o incluso más, no hablan o no han adquirido los principales fundamentos del lenguaje. Se calcula que hasta 15% de niños en este grupo de edad está afectado por esta deficiencia en determinadas áreas urbanas desfavorecidas, ciertas ZUP; también se les puede encontrar en el medio rural.

Ahora bien, cuando se ve a estos niños en las consultas de PMI o en reconocimientos médicos, se constata esta deficiencia que se “determina” utilizando fuentes de conocimientos médicos. El personal sanitario y social investiga en este terreno. Estos niños van y vienen entre las consultas de otorrinolaringología y los servicios de PMI. Cuando se descubre que no existe ninguna causa relacionada con la audición ni con el aparato fonético se escribe en la historia: NQR, nada que reseñar. Se tranquiliza a los padres: “esto se arreglará”, “no se preocupen”. Si persiste, se programan lecciones de ortofonía. El tiempo pasa... Algunos de estos niños entran en la escuela con este problema que se acentúa, otros se quedan en casa el mayor tiempo posible debido a esta deficiencia que avergüenza a sus padres.

Existe un alto en la investigación y en la búsqueda de una hipótesis para comprender el fenómeno, ya que la interpretación médica se considera “satisfactoria” y el personal sanitario ya no se siente responsable. Ahora bien, ¿acaso no constituye un grave problema de vida y, por lo tanto, de salud? Un problema que va a tener un alcance duradero, a menudo definitivo, para toda la vida del afectado.

Por lo tanto es indispensable buscar simultáneamente a la investigación médica, sin perder tiempo, otras hipótesis relacionadas con el proceso de aprendizaje del lenguaje, lo que puede favorecerle o desfavorecerle. Entre otras cosas, todo lo que tiene que ver con el modo en que la madre se expresa con su hijo o sus hijos, teniendo en cuenta el aislamiento de las madres, su dificultad para relacionarse, de conocer a otras personas, lo imposible que le resulta expresarse, lo que lleva a un considerable empobrecimiento de su lenguaje, una forma rara de utilizarlo, una caída en desuso de la palabra que sostiene la relación. Algunas madres, privadas de las personas allegadas que en otro tiempo las hubieran rodeado, su madre, su suegra, los vecinos, creen incluso que el niño empezará a hablar un día él solo. Ignoran todo sobre el proceso de imitación y el refuerzo de la experiencia.

Estamos ante un *proceso de desocialización*. El aislamiento, la pobreza del ambiente, la falta de contacto y de relaciones sociales, la simplificación

de los actos de la vida cotidiana que se hacen cada vez más uniformes, al estar separados de los encuentros con otras personas, de las fiestas, del ritmo de las estaciones, hacen que las madres ya no hablen, o que utilicen un lenguaje de niños bien analizado y descrito por Françoise Dolto en varias de sus comunicaciones o de sus escritos.⁷

Cuando uno se enfrenta a este tipo de problema, si no se plantean unas hipótesis que van más allá del marco de la medicina, se llega a un callejón sin salida, a un deterioro de las situaciones individuales que se convierten en un impedimento para toda la vida.*

Además, cuando se encuentran las raíces del mal cultural y social, la respuesta no puede ser sólo individual. Requiere reconsiderar lo que pueda permitir recrear lazos sociales en determinados edificios y en determinados barrios. Nos encontramos verdaderamente ante la necesidad de emprender una acción comunitaria, es decir, una acción que pueda modificar las condiciones de vida de las familias afectadas por un problema de este tipo. Este ejemplo es más frecuente de lo que uno se imagina; también se puede encontrar en el medio rural, relacionado de igual forma con una desestructuración del proceso de socialización, pero bajo formas y por razones diferentes, relacionado también con la despoblación de las zonas rurales.

Este ejemplo ilustra la necesidad de emplear conocimientos diferentes para comprender los factores que se presentan en las situaciones y saber movilizar los recursos existentes.

¿QUÉ CONOCIMIENTOS?

“Estoy cada vez más convencido de que nuestros principios de conocimientos ocultan lo que en lo sucesivo será vital conocer.”⁸

Ya no es posible considerar los cuidados de enfermería sin buscar en fuentes de información muy variadas; tampoco se pone en duda la necesidad de ampliar el campo de conocimientos. Mencionar disciplinas tan diferentes como la biología (no la patología), la demografía, la psicología social, la antropología cultural, la sociología y la economía, puede parecer banal, aunque su acceso a los medios de formación y además su uso dentro del ejercicio profesional sea todavía muy limitado para algunos e inexistente para otros.

Pero la introducción de todos estos conocimientos en los programas de formación no es significativa y puede llegar rápidamente a la saciedad si se desarticulan, si se descarnan, es decir, si no nos conducen a com-

* Se calcula que la adquisición del lenguaje es irreversible después de los siete años.

prender y descubrir mejor *al hombre vivo*,* situado en su nicho ecológico (su medio ambiente inmediato), insertado en el universo cosmogónico, fundamento y única razón de ser de los cuidados de enfermería. Es alrededor del ser bjo → cultural enfrentado al combate Vida → Muerte⁹ que adquiere sentido el conjunto de conocimientos que pueden contribuir a los cuidados de enfermería. Si “la vida es el conjunto de funciones que resisten a la muerte”,¹⁰ entonces es importante explorar lo que nos hace “vivir la muerte y morir de vida”,¹¹ y conocer las características fundamentales del juego existencial Vida → Muerte. Comprender lo vivo es descubrir su complejidad, es decir, su red de interferencias, los conceptos y características fundamentales de:

La energía:

No hay *vida* sin energía, sin pérdida de energía (entropía), sin recurso energético (negentropía). Los tipos de energía son variados: energía física, energía psíquica, energía afectiva.

El espacio:

No hay *vida* que no se inserte en un espacio:

- concepto de territorio, de territorialidad;
- espacio dimensional;
- espacio de relación con las personas, con los objetos;
- comprensión del espacio en función de las culturas: el simbolismo del espacio y todos los aspectos que de él se derivan: el esquema corporal, la imagen del cuerpo, atravesar las barreras, las distancias, etcétera.

El tiempo:

- la irreversibilidad del tiempo,
- el tiempo como instante;
- el tiempo como duración;
- el tiempo como frecuencia;
- el tiempo como ritmo;
- la comprensión del tiempo en distintas edades y en distintas etapas de la vida. Los conceptos de permanencia y de identidad, de cambio y de transformación con los procesos de adaptación y de inadaptación, están también relacionados con el tiempo en algunos aspectos.

* “El hombre vivo” tomado en el sentido genérico de la palabra.

El concepto de umbral:

— el mantenimiento de la vida se realiza entre un umbral mínimo y un umbral máximo, dependiendo de un conjunto de estímulos y de actividades;

— variabilidad de los umbrales en función de las culturas, de las personas, de las cantidades (densidad).

A los conceptos de *umbral* y de *tiempo* (duración, frecuencia, ritmo) se unen los fenómenos de *estrés*, de crisis, de *duelo*, de pérdida, y los mecanismos de defensa.

Concepto de información, de programación:

— información biológica: la herencia genética;

— información cultural: el patrimonio cultural que inscribe sus esquemas y sus modelos a medida que se interiorizan diferentes experiencias;

— información e instituciones.

Los conceptos y fenómenos antagonistas de *orden*, de *desorden* y de *organización* interactúan en una complementariedad permanente.¹²

desorden → interacción → orden → organización


Los conceptos y características de los sistemas cerrados, de los sistemas abiertos → de los sistemas vivos.

Pero los conceptos fundamentales que se refieren a la *Physis* o ciencia de la naturaleza no podrían bastar para comprender el juego existencial del hombre vivo: “Incluir lo vivo en lo humano y lo humano en lo vivo nos permite concebir el concepto de vida en toda su plenitud: la vida deja de ocupar un lugar intermedio entre lo físico y lo antropológico: adquiere un sentido amplio que se enraiza en la organización física y se despliega sobre todo lo que es antropológico”.¹³

Por lo tanto, es importante descubrir los conceptos fundamentales de la realidad antropológica, de la realidad sociocultural que son:

— el concepto de *cultura*, de creencias, de costumbres y de fenómenos de aculturación, de enculturación, de transculturación;

— el concepto de *ritos de paso*, de rituales, de fiesta;

— el concepto de *mito*, de símbolo, de significante y de significado;

— el concepto de *imagen corporal*, de la manifestación de las formas de expresión del cuerpo, del vestido;

— el concepto de *institución*, de proceso de institucionalización, la variedad y complejidad de las formas institucionales: matrimonio, familia, instituciones religiosas, educativas, sanitarias;

— los conceptos de *estatus*, *función*, *rol*, de imagen social y de sus interferencias recíprocas;

— los fenómenos de *autoridad* y de *poder*;

— el concepto de *medio*, de *condiciones de vida*, de factores que influyen en las condiciones de vida.

Pero comprender estos conceptos y los procesos dinámicos que los mueven y los generan es aprender a reconocerlos, a resituarlos dentro de su permanente interrelación. Ninguna de estas características de la vida podría estar aislada de un conjunto de sistemas en interacción que la vida desborda por todas partes. Encerrarlas en un marco conceptual es estructurarlas en una organización artificial, fijarlas en un sistema preestablecido, ya que es importante encontrar para cada situación su tipo de organización, sus elementos antagonistas, su forma y todo aquello que les influye.

Los cuidados de enfermería sólo pueden tener sentido y evolucionar si se nutren de las interrogantes sobre las fuerzas contradictorias e indisolubles de la vida y de la muerte.

¿CÓMO ENCONTRAR ESTOS CONOCIMIENTOS?

Estos conocimientos deben ser adquiridos a través de la formación y en el terreno del ejercicio profesional. No pueden ser sólo objeto de cursos o de la enseñanza didáctica fragmentada, puntual o parcial.

Para poder ser utilizables y resultar significativos, los conocimientos necesitan plasmarse en unas *formas pedagógicas vivas* que se nutran de la vida que nos rodea, en sus diferentes aspectos y manifestaciones. La utilización de la información puede estar viva gracias a nuestra apertura al mundo y a la capacidad de ahondar en las fuentes de información de toda clase.

Estas fuentes se localizan en:

— los *distintos medios* de vida donde se inserta la historia de los hombres: vivienda, barrio, pueblos, lugares de trabajo, medio escolar, lugares de entretenimiento, comercio, transportes;

— los *libros*, no sólo aquellos que recogen conocimientos didácticos, sino todos los que hablan de la vida: novelas, biografías, etcétera;

— las *revistas, diarios y periódicos*, que comunican información socio-económica y política, y también las revistas que reflejan imágenes del hombre, de la mujer, de los jóvenes (prensa femenina, prensa deportiva, etcétera);

— las *películas taquilleras*, que relatan y reflejan como un espejo, todo tipo de acontecimientos de la vida impregnados en los modelos culturales y sociales que transmiten;

— *actividades de expresión*, vividas en grupo: expresión corporal, bioenergía, dinámica de grupos, etcétera;

— *actividades artísticas y culturales*: arte dramático;

— *actividades deportivas*;

— en fin, cualquier experiencia de la vida de cualquier persona, de nosotros mismos. ¿Cuándo permitiremos la libre circulación de conocimientos entre nuestra vida personal y nuestra vida profesional?

¿Por qué esta última tiene que obliterar continuamente a la otra hasta el punto de perder el buen sentido básico que cualquier madre de familia tendría por su hijo o cualquier persona por un amigo?

¿Por qué seguir separando todo lo que procede de la reflexión de experiencias personales si somos conscientes de que incluso rechazándolas, negándolas, actúan sobre nuestra forma de ser, sobre nuestra forma de hacer, e invaden ciegamente —no lúcidamente— nuestra forma de reaccionar?

Todos estos medios pueden contribuir a ampliar de manera considerable nuestra forma de ver la vida, a situarnos y a comprender mejor los problemas que se les plantean a los hombres y que dan lugar tanto a necesidades de salud como a procesos de deterioro, de destrucción, de inadaptación o de ruptura, como los que aparecen con una enfermedad o un accidente.

Esto supone que estas fuentes de vida pueden ser tenidas en cuenta de diferentes formas en las instituciones, escuelas y servicios: grupos de estudio, conversaciones basadas en las situaciones y en los temas. Esto también supone aprender a utilizarlos para enriquecer la prestación de los cuidados de enfermería.

ORGANIZACIÓN Y EMPLEO DE LOS CONOCIMIENTOS

Ningún conocimiento podría escapar a lo que caracteriza a los sistemas vivos, es decir, a pasar por diferentes estadios de transformación y de estructuración. “El problema crucial es el del principio organizador del conocimiento, y lo que hoy es vital no es sólo aprender, volver a

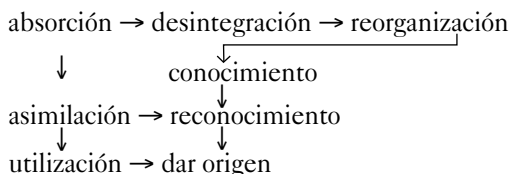
aprender, desaprender, sino reorganizar nuestro sistema mental para volver a aprender a aprender.”¹⁴

EL MÉTODO

Lo que orienta la organización de los conocimientos y su utilización, es el *método*. La palabra método no se entiende aquí en el sentido de una técnica ni de un marco conceptual preestablecido, tampoco como una batería de principios que dirigen e imponen una racionalidad científica que termina en una reducción, una disfunción o una unidimensionalización “de las situaciones de la vida”.¹⁵

“Por ‘el método’ se entiende: los principios operativos que ayudan a pensar por sí mismos”, como explica Edgar Morin al precisar la raíz de la palabra “método” que “en su sentido original significa *la vía, el camino*”.¹⁶ El método es el camino emprendido por cualquier conocimiento para hacernos conocer, es decir, para permitirnos “*nacer con*”.

Como el alimento, una de cuyas formas es el conocimiento, ningún conocimiento puede ser operativo si no pasa por un proceso de



Pensar por sí mismo supone, por lo tanto, desarrollar todo este proceso en sus diferentes fases: la fase en que nazco, a continuación sigo naciendo con lo que me alimenta, después me reconozco en lo que me alimenta, el conocimiento contribuye a formar mi identidad, la identidad de mi ser pensante que, a su vez, se modifica en acción, y me permite crear. De este modo, la organización de los conocimientos, para seguir viva, necesita *ser interiorizada*, es decir, no ser extraña a nosotros, formar parte poco a poco de nosotros, transformarnos y movilizarnos.

El método es un camino hacia lo desconocido donde se aprende a reconocer elementos conocidos, a encontrar fenómenos que se hacen familiares a medida que se recorre el trayecto, sirviendo así para pasar a otras dimensiones de lo desconocido.

Ahora bien, todo cuidado de enfermería obliga a encontrarse con lo desconocido de los seres vivos. Para aprender a comprenderlos y buscar

con ellos lo que puede permitirles continuar su trayectoria de vida, “necesitamos un método que nos ayude a pensar en la complejidad de lo real en lugar de deshacer esta complejidad y, como consecuencia, mutilar lo real”.¹⁷ La organización de los conocimientos que nutren los cuidados de enfermería no puede satisfacerse con metodologías ciegas y estereotipadas, ni encerrarse en sistemas rígidos, en marcos teóricos prefabricados. Requiere un método que tenga en cuenta los meandros, las fluctuaciones del proceso de *vida* y de *muerte*, que investigue por sondeos, ensayo y error poniendo en tela de juicio ciertos rigorismos llamados científicos, investigando en un devenir permanente y respetando lo irracional. Este método es el presentado por Edgar Morin como “*el método de la complejidad*”,¹⁸ en oposición a todo método de simplificación o de reducción, tal y como propone todo cuerpo teórico aplicado sistemáticamente. “Complejidad” no significa “complicación”, del mismo modo que Bachelard distingue claramente lo simple de lo simplificado. *El método de la complejidad permite ir hacia lo desconocido de los seres vivos, aclarando con ellos los elementos conocidos para comprender las situaciones y actuar en ellas*. Es un método que vuelve a centrar el problema en sus dimensiones bioantropo-sociológicas en relación con el entorno socioeconómico en que se encuentra. El método de la complejidad pasa de lo desconocido a lo conocido para volver a lo desconocido, de la incertidumbre a unas zonas de certeza para volver a la incertidumbre. “Tenemos que partir de lo incierto de las falsas claridades, no de lo claro ni de lo distinto, sino de lo oscuro y de lo incierto; tampoco del conocimiento seguro, sino de la crítica a la seguridad.”¹⁹ Ahora bien, en las situaciones planteadas al cuidar, ¿qué podría estar total o definitivamente garantizado tanto del lado de las personas cuidadas como de los cuidadores? Que necesario es aprender a descubrir la alternancia y el juego del deseo y del contradeseo, tanto de los que son cuidados como de los cuidadores.

“El *método de la complejidad* no tiene como misión encontrar la certeza perdida y el principio *único* de la verdad. Al contrario, debe constituir un pensamiento que se nutra de incertidumbres en vez de morir.”²⁰ Los cuidados de enfermería que deben hacer frente a situaciones donde se enfrentan las fuerzas de la vida y la muerte, no pueden ignorar la compleja red del principio del placer y de la realidad; por lo tanto, son tributarios de fenómenos antagonistas y complementarios, en que métodos como el de la complejidad, es decir, la no simplificación de los fenómenos de vida y de muerte, pueden contribuir a hacer descubrir, dilucidar y movilizar, sin pretender apoderarse de “la verdad”, pero tratando de comprender las redes de las verdades múltiples a través de las cuales se desliza la vida.

DILUCIDACIÓN ↔ ACCIÓN

De lo anteriormente expuesto se deduce que *los conocimientos sólo pueden ser útiles y fuentes de desarrollo si son el encuentro* de la experiencia vivida con todo aquello que puede alimentar, nutrir y enriquecer esta experiencia para darle sentido y permitirle regenerarse y volver a crearse.

Tampoco es suficiente recibir enseñanzas en varios terrenos; hay que haber aprendido a descubrir, descifrar, analizar, es decir, a conjugar la información procedente de las situaciones planteadas, y de los conocimientos que permiten comprender y movilizar estas situaciones.

Estando en situación es como se puede aprender a franquear las zonas que conocemos para ir a buscar lo desconocido de los demás. A partir de lo que se descubre en las situaciones se puede aprender a utilizar los conocimientos para explicar o verificar distintas manifestaciones de fenómenos de la vida, para comprender su interés con respecto a los cuidados y discernir cómo emplearlos.

Las situaciones son principalmente de dos tipos: las que permiten descubrir al hombre en la diversidad de sus *medios de vida*, tales como los diferentes servicios socioeducativos, culturales y económicos que se incluyen en ellos, y las *situaciones planteadas en los cuidados de enfermería* tanto en el medio hospitalario como en el extrahospitalario. Las primeras permiten ampliar su campo de información sobre los fenómenos de la vida y sirven para alimentar a las segundas.

Pero las situaciones pueden quedarse inertes o estáticas y no contribuir para nada a la comprensión de los principios operativos que ayudan a pensar por sí mismo, si no son objeto de exploración y análisis en los grupos de trabajo, con la ayuda de las enfermeras que han analizado su propia práctica profesional y de las personas competentes en las disciplinas afines.

La exploración tiene como objetivo aprender:

— *a situarse*. La palabra “situación” induce una dinámica de personas y de objetos interrelacionados en el seno de un entorno (*in situ*, situarse), lo que es totalmente diferente de la palabra “caso” que todavía se utiliza con frecuencia en el lenguaje de enfermería: estudio de un “caso concreto”, el “caso del enfermo”. Si se la compara con la palabra inglesa de la que procede: “*case*” debido al “*case-work*”, al “*case-study*”, es muy expresivo, “*case*” significa a la vez una “caja” y un “proceso”. El “caso concreto” del enfermo no sería “*este enfermo que han metido en una caja*” y del que se realiza más o menos un *proceso* (cada miembro de la institución:

enfermera, administrador, médico, puede desempeñar un papel de abogado, de procurador general, de juez).

La exploración de una “situación” nos hace generar conciencia de la forma en que cada persona se sitúa en la red de la relación cuidador-persona cuidada, teniendo en cuenta los factores jerárquicos e institucionales. Esta toma de conciencia permite aprender a aclarar en las situaciones planteadas al cuidar, el impacto de los estatus, las imágenes culturales a las que están vinculados, así como descifrar la interpretación de los roles a partir de los estatus y del ejercicio de las funciones. Esta es una de las bases fundamentales de cualquier situación de cuidados.

— *a reconocer y reagrupar los signos* que indican expresión, desarrollo de la vida, o aquello que la obstaculiza;

— *a buscar su significado* a la luz de las características fundamentales del proceso vida ↔ muerte (espacio, tiempo, umbral) para comprender los diferentes factores que pueden interferir, ya sean de orden cultural, demográfico, económico o político, y aprovechar su influencia tanto a nivel de los individuos como de las instituciones. En las situaciones planteadas se debe tener en cuenta la trama de vida de la persona, el periodo de edad en que se encuentra, asimismo las actividades de la vida que hay que desarrollar (niño) o que son compatibles con el sentido de su vida, de su modo de vida, de la naturaleza de sus daños, de sus minusvalías o simplemente de sus dificultades (adultos, ancianos).

— *a identificar la naturaleza de los problemas* planteados y de las cuestiones que se plantean.

— *a plantear hipótesis de trabajo* y a aprender a utilizar esta comprensión de los fenómenos vivos en las situaciones planteadas al cuidar, y la acción sanitaria y social.

ORGANIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS PARA SITUACIONES CON CARACTERÍSTICAS SIMILARES

Basándose en ciertas situaciones que tienen puntos comunes, se pueden establecer áreas de conocimientos a las que nos referiremos con frecuencia.

De este modo, se puede recurrir progresivamente a determinadas características que, al observarse en un gran porcentaje de casos, son rápidamente utilizables en las situaciones que presentan puntos comunes, bien sea con respecto a edades determinadas, a la naturaleza de un daño o una minusvalía, o con respecto a fenómenos de duelo, de pérdida o de

crisis relacionada con tal o cual fase de la vida, o incluso con respecto a los factores sociales y económicos que influyen en ella.

Contrario a lo que a menudo se cree, los conocimientos utilizados no son específicos, sí lo es el uso que se haga de ellos, es decir, están adaptados a “*casos de especie*”, a situaciones donde se encuentra con frecuencia tal o cual variable influyente. Estos conjuntos de características permiten *reconocer* con mayor facilidad los factores que actúan en las situaciones que presentan uno o varios aspectos análogos. Así, la localización de un cáncer tiene efectos determinantes según sea en la laringe, la mama o el recto. En relación con esto, se pueden tomar en consideración un conjunto de efectos físicos, psicoafectivos y sociales que conllevan para estos enfermos consecuencias propias, sin descuidar de ninguna manera las manifestaciones individuales de estos efectos ni las reacciones personales vinculadas a la cultura, a las condiciones de vida o al entorno.

La utilización de conjuntos de características en las situaciones que se presentan con frecuencia, tiene la ventaja de permitir un reconocimiento más rápido de los signos físicos, psíquicos, afectivos o culturales, pero también tiene el riesgo de enmascarar el aspecto desconocido de cada situación particular, y encerrarla en unas normas categóricas que conducen a la acción de rutina o a encuadrarla en una imagen estereotipada. Pongamos como ejemplo los clichés sobre la cultura magrebí por tomar un aspecto cultural, o los enfermos que tienen úlcera de estómago clasificada como “psicosomática”.

Este conjunto de características que tienen relación, bien sea con una enfermedad, con un periodo de edad, o con un rasgo cultural, no tienen interés y conducen a vías sin salida si no se reconocen los signos indicadores que acreditan o verifican ciertas características. Esto supone no abandonar este conocimiento prefabricado sobre las personas que son susceptibles de presentar algunas de estas características, sino descubrir a partir de lo desconocido lo que ellas representan, lo que puede corresponder a ciertos aspectos de este conocimiento. *Cualquier tipo de cuidados es un encuentro entre datos desconocidos y datos conocidos; tanto los unos como los otros pueden ser más o menos importantes y siempre susceptibles de transformación, a no ser que interfieran mutuamente.*

LIBRE ACCESO A LOS CONOCIMIENTOS

Durante mucho tiempo, las enfermeras tuvieron miedo de los conocimientos, ya que toda la concepción de los cuidados y el sistema de la

sociedad las había aislado, debido a la doble filiación femenina y religiosa de la profesión. Como mujeres y como religiosas, y luego como enfermeras, debían mantenerse alejadas de las fuentes del saber.* Atrapadas en la trampa de los esquemas culturales que con frecuencia les fueron impuestos, invocan un encuentro con un saber más elaborado y más diferenciado, la espontaneidad de la intuición, la experiencia en el trabajo, la antigüedad de su servicio, el miedo de perder el contacto con la realidad y otros muchos motivos.

Incluso en la actualidad, estos esquemas culturales siguen dejando huellas muy profundas en la profesión, en el público y en la concepción que la profesión médica tiene de la enfermería.

Es cierto que cualquier conocimiento nuevo pone en tela de juicio el orden moral preestablecido y el orden social con el que se relaciona.

También es cierto que los conocimientos modifican la forma de estar en el mundo, de comprenderlo y entenderlo, y esto en un principio puede dar miedo. Pero no nutrirse de fuentes de conocimientos diferentes y no utilizarlas es hacer sufrir al mundo, es retrasarse en el camino de la vida. Ahora bien, la vida es una proyección hacia adelante, que sigue sin los que la *desconocen*.

Todo esto indica lo importante que es favorecer el libre acceso y la libre circulación de los conocimientos: conocimientos que proceden de situaciones vividas en el transcurso de la práctica profesional, enriquecidos y alimentados por conocimientos investigados por otros, tanto en la formación de base como en todos los servicios donde se ejerce la profesión.

El acceso a los conocimientos no debería ser tributario de escalas de ascenso piramidal dentro de la profesión; de lo contrario, el trabajo de base quedaría siempre subdesarrollado, y los que administran cuidados, así como los que los reciben, sólo pueden empobrecerse mutuamente.

Por último, es necesario que los conocimientos utilizados por una profesión constituyan un patrimonio, que *den lugar a otros conocimientos* y sirvan de base permanente para la evolución profesional. Este patrimonio sólo puede constituirse si existen *textos* que sirvan a la vez de garantía, de referencia y de motor para la evolución. Sin textos, todo está perdido, hay que volver a empezar, no hay continuidad y, aún menos, posibilidad de elaboración y creación.

Si no hay oficio ni profesión que se pueda ejercer sin conocimientos variados reajustados conforme a la evolución humana, ¿cómo podría ser de otra forma para la enfermería?

* Excepto para algunas mujeres que pertenecían a clases sociales privilegiadas, si no ponían en tela de juicio el orden moral establecido.

La tecnología

El hombre necesita un instrumento con el cual trabajar, no una maquinaria que trabaje por él. Necesita una tecnología que extraiga la mejor parte de la energía y de la imaginación personal, y no una tecnología que le esclavice y le programe.²¹

Por tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir, de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella.

La técnica corresponde únicamente a la forma de utilizar tal o cual instrumento. Es un procedimiento que es objeto de aprendizaje y crea un saber hacer. Aislada de un planteamiento tecnológico, pierde su significación y puede volverse perjudicial e incluso peligrosa.

Ningún trabajo, ninguna profesión, puede ejercerse sin la utilización de instrumentos. Estos instrumentos determinan la práctica profesional que orientan y ayudan a identificar.

Si tomamos por ejemplo el oficio de panadero, parece que este trabajo está determinado y, por tanto, se puede identificar a la vez por el producto que fabrica: el pan, por lo que sirve para fabricarlo: los elementos que constituyen el pan (harina, agua, sal, levadura), así como por los instrumentos que sirven para su fabricación: las manos del panadero, la artesa o el horno. El pan será calificado de “bueno” o “malo” en función de la calidad de los elementos que lo constituyen, pero también según la forma de amasar, el horno empleado, el combustible del horno y la forma de utilizarlos. A su vez, el panadero será calificado de “buen” o “mal” panadero según la calidad del pan que ofrezca, lo que supone por su parte de un gran conocimiento de los elementos y de las propiedades de los instrumentos que utiliza, ya que los instrumentos son los que movilizan los elementos y los hacen interactuar.

Todo oficio recurre a instrumentos cuyas propiedades es indispensable conocer, así como la manera de emplearlos: las técnicas. El simple conocimiento de las técnicas no sería suficiente.

Los cuidados, y entre ellos los cuidados de enfermería, han recurrido a tecnologías diversas, siendo las principales, como hemos visto previamente, todas aquellas que sirven para el *mantenimiento de la vida*: cuidados habituales de higiene, alimentación, y también de relajación, de apariencia. Estos cuidados han estado siempre acompañados de una relación de base indisoluble del acto de cuidar. Luego se han unido a instrumentos

y técnicas de *curación* cada vez más complejas a las que habrá que añadir todas las tecnologías de la *información*. La utilización de las tecnologías que participan en los cuidados de enfermería podría someterse a los mismos refranes:

“Dime qué instrumentos utilizas rara vez, frecuentemente, a menudo o jamás para cuidar, y te diré qué clase de cuidados prestas.”

“Dime también si tienes una idea clara del objetivo que se busca al emplear tal o cual tecnología en cuanto a lo que es importante en la vida de una persona o una familia, y te diré qué clase de cuidados das.”

El estudio de las tecnologías utilizadas por los cuidados de enfermería es un campo para explorar por completo. El sustituir el rol técnico por el moral ha permitido el reconocimiento de una competencia efectiva en las enfermeras y, al mismo tiempo, se ha vivido como culpable y en contradicción con la ideología de los cuidados de los enfermos. Además, la técnica es valorada o condenada según la forma de ejercicio profesional. Por estas razones, y porque ha habido un aprendizaje de las técnicas más que una comprensión de la utilización de las tecnologías por sus propiedades, la tecnología no ha sido considerada realmente por la enfermería como un elemento fundamental del proceso de cuidar, que interfiere con los demás. Sólo si se estudian sus propiedades, sus obligaciones y sus limitaciones del mismo modo que otros conocimientos, sus efectos se pueden volver a situar en su justa medida, reconocerlos como fundamentales y, al mismo tiempo, relativizarlos, sustituyéndolos en el conjunto de las circunstancias, elementos y medios que constituyen el proceso de los cuidados de enfermería.

Si lleváramos a cabo una investigación en los departamentos del hospital y en los servicios extrahospitalarios, sobre los instrumentos y las técnicas que empleamos para cuidar y los que nunca utilizamos, tendríamos una imagen muy clara de la clase de cuidados proporcionados y del predominio efectivo de los cuidados curativos sobre los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, incluso en aquellos sectores donde no hay que utilizar una tecnología muy avanzada —o excepcionalmente— como en los cuidados a domicilio. Del mismo modo, se podría estudiar también el predominio y los efectos de la “tecnología de papel”.

Parece que algunas pistas podrían ser indicadoras de la clase y la calidad de los cuidados.

Podríamos por ejemplo preguntarnos: ¿cuáles son las tecnologías empleadas por los cuidados de enfermería? ¿Cuál es el significado y el impacto de las tecnologías utilizadas por los cuidados de enfermería?

¿Ha elaborado la enfermería instrumentos y técnicas propios?

¿CUÁLES SON LAS TECNOLOGÍAS UTILIZADAS?

EL CUERPO, EL PRIMER “INSTRUMENTO” DE LOS CUIDADOS

El cuerpo en sí ha sido el primer instrumento usado por una persona para cuidar, y sigue siendo el instrumento principal de los cuidados de enfermería, en el sentido de que es el vehículo, el mediador de los cuidados;²² de ahí la necesidad de redescubrir las propiedades del cuerpo: energéticas, propioceptivas, térmicas, mecánicas, etc., propiedades desarrolladas o inhibidas que se traducen en mecanismos de defensa bio-psico-afectivos o en reacciones de empatía.

Mediante el uso del cuerpo se pueden procurar cuidados a otra persona. Esto nos puede llevar a preguntarnos por la utilización del cuerpo y por el uso de los sentidos para diferenciar y procurar los cuidados.

En primer lugar, el *tacto*, primer sentido utilizado en la presentación de cuidados, primero a través de la madre, y luego por las manos de todos los que cuidan.

¿Qué tipo de cuidados de enfermería proveen las manos? ¿Se usan sólo para manosear, manipular, transportar, levantar y coger los instrumentos (presionar, inyectar, vendar)? ¿Se usan todavía para tocar, sentir, calmar, dar masajes, relajar, acariciar, peinar, afeitar, etc.? Parece que se podría hacer un análisis completo de los tipos de cuidados de enfermería prestados en un servicio investigando todo lo que hacen las manos para cuidar, recopilando todos los verbos que traducen las acciones realizadas por las manos en el proceso de la prestación de cuidados, en relación con tal o cual situación, constatando la importancia dada a unas respecto a otras y diferenciando las que han desaparecido.

El *oído* que nos transmite el mensaje entendido, es el vehículo de la escucha, escucha que sólo tiene sentido si se puede analizar y compartir para entenderlo. El oído diferencia silencios insólitos, que identifica a los que se callan, que localiza ruidos casi imperceptibles, que oye los llantos, que capta la risa, que tolera la agresión porque puede encontrar las razones de ésta. El oído que intenta comprender el simbolismo de las palabras.

La *vista* que sitúa a las personas en su entorno, que descubre sus rostros, que descifra los mensajes enviados por todo el cuerpo según esté doblado, contorsionado, suplicante, nervioso, angustiado, inmóvil, en espera o receptivo, expresivo, tranquilo, desplegado o desafiante.

Pero hablar del cuerpo como el primer instrumento privilegiado del cuidado no es tan sólo mencionar los sentidos, sino también redescubrir la *sensibilidad*. Redescubrir lo que siente, buscar lo que sienten los demás e intentar ser más claro con lo que uno mismo siente.

La impersonalización del cuerpo sólo puede conducir a unos cuidados impersonales, despersonalizados, impersonalizantes. Redescubrir el cuerpo es también preguntarse cómo poder vivirlo, cómo soportar los cuidados proporcionados al cuerpo y cómo buscar las condiciones que facilitan y permiten la vida del cuerpo. De otro modo, todos los otros instrumentos serán siempre fáciles sucedáneos, cómodas pantallas, medios más aceptables.

Después del cuerpo, principal vehículo de los cuidados, habría que tener en cuenta:

- las tecnologías relacionadas con los cuidados acostumbrados y habituales para el mantenimiento de la vida;
- las tecnologías para la curación;
- las tecnologías de información.

LAS TECNOLOGÍAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA

Son de una gran variedad y deben ser siempre objeto de la imaginación y la creatividad. Comprenden todas las tecnologías y los instrumentos que sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana. Su uso requiere, por parte de los cuidadores, un estudio de los hábitos de vida que se refieren al aseo, al tipo de alimentación, al significado de la ropa o a la manera de moverse, a la organización del espacio dentro de la habitación, de la vivienda, etcétera.

Estas tecnologías están relacionadas con otras que todavía son poco conocidas y poco utilizadas en Francia —ni en los servicios hospitalarios ni en los extrahospitalarios— como las *tecnologías que compensan defectos funcionales*. Por ello hay que entender un conjunto de instrumentos y de medios técnicos que tienen como objetivo aminorar un daño funcional y permitir la realización de la actividad obstaculizada por este daño. Estos instrumentos contribuyen a devolver la autonomía total o parcial a los enfermos y aliviar a las familias y al personal cuidador. La gran mayoría de estos instrumentos compensa las deficiencias de la motricidad, asegurando, por lo tanto, la recuperación de la autonomía indispensable para atender las obligaciones cotidianas de la alimentación, del aseo, del vestido, de la evacuación, del desplazamiento, etcétera.

También son los instrumentos que compensan las dificultades de postura: asientos que puedan subir y bajar, reposacabezas, soportes para libros, etc., sin hablar de las grúas para levantar enfermos, si no desconocidos en Francia, sí relegados a menudo en los armarios o en los cuartos de baño por razones y motivos muy variables que van desde el miedo a

utilizarlos hasta la pérdida del sentimiento de utilidad, como el que se puede experimentar cada vez que un instrumento aligera un trabajo.

Además de los instrumentos que compensan específicamente tal o cual deficiencia, algunos pueden disminuir las dificultades ocasionadas por diversas causas. Así, la pinza para recoger cosas puede compensar tanto el daño de una persona mayor con dificultad para agacharse, como el de una persona operada de los ojos que no puede bajar la cabeza, o aminorar la inmovilización en cama de una persona con una fractura de cadera o de los miembros inferiores.

Estar al corriente de la existencia de estos medios de compensación, utilizarlos, aconsejarlos, y enseñar a las personas a servirse de ellos, forma parte intrínseca del dominio de los cuidados de enfermería.

LAS TECNOLOGÍAS DE CURACIÓN

Como ya hemos podido ver, las tecnologías para la curación, al igual que las tecnologías para la investigación de las causas de la enfermedad, han invadido progresivamente el campo de los cuidados de enfermería. Van desde los instrumentos más sencillos hasta las máquinas más complejas, y plantean el difícil problema del límite de su utilización y de su finalidad real.

Esta cuestión se complica aún más debido a que la utilización de estos instrumentos y de estas técnicas corresponde más a los cuidados médicos, prescritos por médicos y llevados a cabo por el personal de enfermería, el cual, por otra parte, ha dejado escapar todo el inmenso dominio de discernimiento de los cuidados para el mantenimiento de la vida, llegando hasta el punto de suplir estos cuidados por tecnologías de curación.

Basado esencialmente en las técnicas, es decir, en “el modo de empleo” de los instrumentos de curación, en el “saber utilizar”, el aprendizaje de enfermería ha omitido con frecuencia el desarrollo de una reflexión sobre su utilización, así como sobre los límites de su uso. La utilización de cualquier instrumento de curación exige un conocimiento exacto del disfuncionamiento que hay que compensar o del no funcionamiento que hay que atenuar, para que el instrumento propuesto para suplir la deficiencia sea el apropiado. Por consiguiente, no es suficiente aprender a poner una sonda permanente. Comprometerse a poner una sonda permanente exige saber identificar con precisión la naturaleza del disfuncionamiento o del no funcionamiento que la sonda debe suplir, y considerar las consecuencias favorables y desfavorables que produce la colocación de esta sonda. La colocación sistemática de sondas permanentes en las

personas ancianas con problemas de control de esfínteres agrava definitivamente esta pérdida del control, cuando en la mayoría de los casos se puede emplear medios de compensación sencillos, medios que estimulan el deseo de seguir haciéndose cargo de uno mismo.

Todo instrumento para la curación requiere una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal, de la deficiencia o del daño funcional que espera curar o suplir. Además, hay que volverlo a centrar con respecto a las costumbres y las actividades de la vida.

LAS TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN

En el proceso de cuidar hay que apelar a instrumentos y técnicas de recolección de análisis y consignación de la información, así como a instrumentos de transmisión y coordinación de la información. Muchos de estos instrumentos, por haber sido pensados más en relación a la organización de las tareas que al sentido de los cuidados, se muestran poco significativos y han interferido considerablemente con los cuidados de enfermería y con la acción sanitaria y social.

Hasta estos últimos años, los instrumentos de información al servicio de los cuidados han tenido dos grandes defectos: *su multiplicación y la falta de pertinencia de su contenido*.

La *multiplicación* se encuentra tanto en el hospital como fuera de él, donde las tecnologías de la información consumen un tiempo considerable: multiplicación de interrogatorios, de documentos para recoger información, de cuestionarios y papeles que hay que rellenar sin que exista, en la mayor parte de los casos, una relación coherente que sirva para la finalidad de los cuidados, es decir, que permita a cada cuidador comprender y entender el conjunto de una situación, de una persona o de una familia. El fraccionamiento de la información aísla cada aspecto de la situación, y hace que se tomen unas medidas tras otras, algunas de las cuales pueden perjudicar a la persona y a los que la rodean porque no guardan ninguna relación con lo que es vital para ella.

La *falta de pertinencia del contenido de la información* relativa al enfermo o al usuario de los cuidados se presenta de una manera diferente en el hospital y en el medio extrahospitalario. En el hospital, la historia clínica no existía. Sólo servían para los cuidados las informaciones referentes a la enfermedad, la manifestación de sus signos (hojas de temperatura), los exámenes, el tratamiento. Las informaciones referentes al enfermo consignadas en su historia de admisión no eran significativas y no se integraban en el proceso del cuidado.

Por el contrario, en los servicios extrahospitalarios hace tiempo que existen las historias de acción social, separadas, por otra parte, de las historias sanitarias (historias de consulta de lactantes separadas de la historia familiar). Esta información fragmentada pierde su coherencia como acción continuada. Pero hay otro aspecto que pone en tela de juicio el contenido de la información, y es su *contenido no significativo*. Este contenido se basa casi exclusivamente en las *impresiones y juicios de valor*, favorecidos por la acción de vigilancia y control. Las dificultades que se encuentran en las familias se agrandan como males condenables en lugar de ser la base de datos que hay que desarrollar, para construir con éstos una acción que tenga sentido para ellas. La falta de análisis de las informaciones recogidas hace que su consignación sea arbitraria sin existir otro hilo conductor que dé lugar a una acción controladora, o la respuesta a una pregunta tras otra. Las consecuencias de esta forma de consignar la información son desastrosas para las familias: duración infinita, represión, discontinuidad, agravamiento de los problemas por falta de análisis y de seguimiento de los mismos, protección que favorece la dependencia.

Las tecnologías de la información se reúnen actualmente alrededor de dos tipos de instrumentos principales: los que constituyen las *historias clínicas* o *de acción sanitaria*, y los que contribuyen a la *gestión del servicio de enfermería*.

La historia clínica o de enfermería, instrumento fundamental de coherencia y de continuidad de los cuidados, es la expresión escrita de la evolución del proceso de la prestación de cuidados. Consiste en recoger las *bases de un proyecto de cuidados* establecidos a partir de un *tipo de problemas* de orden físico, psíquico o afectivo que se le plantean al enfermo por su enfermedad y por las distintas deficiencias que ésta produce, así como la *naturaleza de los cuidados* que requieren: cuidados para el mantenimiento de la vida, cuidados para la curación (exámenes, tratamientos). Se recogen también datos sobre el tiempo: duración del proyecto, frecuencia de los cuidados y cualquier chequeo que permita evaluar el proceso de los mismos.

De igual modo, la historia de acción sanitaria y social es la expresión escrita del análisis de una situación familiar enfocada a identificar la naturaleza de las dificultades o los problemas que se les plantean a las familias, para desarrollar unas líneas de acción, calcular su duración y evaluar los resultados.

Toda historia sólo tiene sentido y es eficaz si las personas que la realizan han desarrollado la capacidad de analizar el proceso de los cuidados o el de la acción sanitaria. Esta adquisición es tanto más importante

cuando la falta de formación en este análisis deja entrever consecuencias graves con el uso extensivo de historias informatizadas, como ocurre en el hospital o en el sector extrahospitalario (proyecto Gamin)* donde los *instrumentos de gestión* del servicio son todos aquellos elementos de coordinación de la información dirigidos a garantizar las diferentes actividades de los servicios. Hay que estudiar su forma técnica, su número y su situación, en función de la naturaleza de los cuidados y su frecuencia. Sin tener relación con la naturaleza de los cuidados, pueden superponerse a éstos, y perjudicar la continuidad y la coordinación de la información.

Los instrumentos de información no son suficientes por sí solos si no existen formas de recopilar datos: reuniones de servicio, referentes a los cuidados o a la acción sanitaria, enfocadas a elaborar y evaluar el proceso de los cuidados o la acción sanitaria y reuniones de gestión del servicio.

La utilización de un conjunto de tecnologías en los cuidados de enfermería plantea el problema del uso que se hace de ellas.

¿CUÁL ES EL SIGNIFICADO Y EL EFECTO DE LAS TECNOLOGÍAS UTILIZADAS EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA?

Preguntarse por el efecto y el sentido de las tecnologías utilizadas en las situaciones que se plantean al cuidar, es igual que preguntarse por su valor de uso. ¿Son “convenientes”?²³ es decir, ¿son convenientes para la vida? ¿Qué vida? ¿Cómo satisfacen el conjunto de necesidades de la vida? ¿O es que sólo cumplen con una necesidad aislada, desconectada de la trama de vida de la persona, de su familia y de su grupo social?

Así, la clase de cuidados de enfermería que le ofrecemos a los usuarios estará mejor identificada si determinamos la conveniencia de los instrumentos que empleamos, y la forma que tenemos de utilizarlos.

¿SON APROPIADAS LAS TECNOLOGÍAS QUE USAMOS?

¿En qué nos basamos cuando decidimos usar o eliminar tal o cual instrumento, tal o cual técnica?

¿Por qué nos sentimos obligados a discutir con los demás: médicos o cinesiterapeutas, sobre el empleo de tal o cual técnica de investigación o de curación en relación con lo que el enfermo expresa sobre sus necesidades de vida?

* El proyecto Gamin es una informatización de historias de familias denominadas “de riesgo”.

¿Cómo analizamos la importancia que se le debería dar a las tecnologías que contribuyen al cumplimiento de las necesidades comunes en relación con las tecnologías curativas indispensables? ¿Qué lugar y qué importancia debemos conceder a unas con respecto a las otras? ¿En qué nos basamos para valorar esta importancia?

También podríamos preguntarnos: ¿cómo y en qué estas tecnologías condicionan la independencia o dependencia de las personas que cuidamos?

¿Cómo y de qué forma nos permiten ir más allá de la simple compensación de la enfermedad para que nos preocupemos por la totalidad de la persona dentro de su entorno?

¿Cómo y de qué forma afectan nuestro modo de comunicación, nuestra relación con los demás (enfermos, personal cuidador, familias, etc.)?

¿Cómo y de qué forma contribuyen a oprimir o a desarrollar nuestra capacidad de razonar sobre los problemas humanos?

¿Cómo y de qué forma nos obligan a llevar a cabo unas tareas específicas, carentes de significado, o nos permiten asumir nuestra responsabilidad de adultos?

¿Cómo y de qué forma contribuyen a monopolizar o compartir los conocimientos?

INTEGRACIÓN DEL PROCEDIMIENTO TECNOLÓGICO Y DEL PROCESO DE RELACIÓN

El significado y el impacto de las tecnologías empleadas también dependen estrechamente del *vínculo que se establece entre la tecnología utilizada y la relación que la acompaña*.

Para poder “ayudar a vivir”, facilitar la vida de alguien, el uso de instrumentos y técnicas en los cuidados requiere no estar disociado del soporte de relación que le confiere todo su significado. De hecho, *cuidar sólo puede tener sentido si el uso de las técnicas está integrado en el proceso de la relación*.

Así, cuando la madre baña a su hijo, está contribuyendo a su desarrollo psicomotor total, porque asocia el baño a todo un conjunto de relaciones táctiles, verbales y no verbales que convierten el baño en un juego que estimula toda su naturaleza, siendo por lo tanto fuente de conciencia y de desarrollo.

Esta integración de los procedimientos tecnológicos y del proceso de relación es también inseparable en los cuidados curativos, ya sea desde el punto de vista medicinal: infusiones, pociones, fricciones, o bajo otros aspectos: masajes, vendajes, etcétera.

Las nuevas formas de organización del trabajo debidas al desarrollo de las tecnologías al final del siglo XIX, la aceleración del ritmo de vida y la división de las tareas, han impregnado de manera progresiva todo el proceso de los cuidados, en primer lugar separando los cuidados de mantenimiento y los cuidados de curación de su relación de apoyo, y posteriormente desarticulándolos y haciéndolos perder una gran parte de su significado. Los cuidados se convirtieron de esta forma en actos aislados, estereotipados y casi ficticios. El empobrecimiento gradual y cada vez mayor de los cuidados tiene repercusiones tanto para los usuarios como para quienes los suministran: los que cuidan se encuentran cada vez menos implicados en el proceso de relación que sustenta los cuidados, o tratan de encontrar una relación paralela al acto de cuidar.

Este empobrecimiento no sólo ha afectado a la enfermería, sino a todos los cuidados, incluyendo a los más antiguos del mundo: los cuidados maternos, los cuidados proporcionados dentro de la familia, que a menudo sufren esta misma desintegración. Hay muchas más madres de lo que uno se podría imaginar para las que el baño y el aseo del niño sólo son un acto de higiene. Algunas de ellas ni siquiera imaginan que estos actos puedan tener otro sentido.*

En los servicios sanitarios, la organización de las tareas ha ido prevaleciendo sobre su significado, mientras que la valoración de las tareas, desposeídas de todo contenido de relación, se ha llevado a efecto dentro de la complejidad cada vez mayor de las tecnologías, hasta el punto de llegar a servir de escala para medir el valor económico y social de los cuidados y del personal de enfermería.

Parece pues, necesario, reconsiderar la utilización de los instrumentos y de las técnicas empleados en los cuidados dentro de la amplitud de la dimensión de las relaciones, ya que éstas son las que les dan sentido. Mientras que existan tecnologías y técnicos (formados y modelados por las tecnologías), y por otro lado relaciones tan disociadas de los cuidados que son confiadas cada vez más a los especialistas, el proceso de los cuidados será ilegítimo y pobre, y no logrará su objetivo, creando frustraciones y sentimientos de culpabilidad en los que procuran cuidados, y graves disgustos en los usuarios de los cuidados.

* Estudios antropológicos y sociológicos han demostrado la gran superioridad del desarrollo psicomotor de los niños de sociedades africanas hasta el destete, debido a todos los tipos de relaciones corporales, afectivas y sociales que benefician a estos niños, relaciones que sustentan y acompañan a todos los cuidados habituales.

¿HA ELABORADO LA ENFERMERÍA INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PROPIOS DE ELLA?

IMAGINAR, CREAR TECNOLOGÍAS PARA LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Si uno de los determinantes fundamentales que permiten caracterizar e identificar un oficio como una profesión está constituido por el instrumento y la técnica utilizados en el ejercicio profesional, podríamos preguntarnos si el personal de enfermería tiene instrumentos específicos que le sean propios.

¿Hemos concebido, forjado y elaborado algunos instrumentos en la práctica de los cuidados de enfermería? O bien, ¿los instrumentos que utilizamos han sido prestados por otras profesiones y en particular por la profesión médica? ¿Por qué estamos condicionados para preferir sin dudar el uso casi exclusivo de ciertas técnicas prestadas del campo médico, descuidando el uso de técnicas que pertenecen a otros campos y otras artes?

¿Por qué intentamos incorporar a los cuidados de enfermería técnicas tan variadas como las técnicas de expresión corporal: estética, relajación, mímica, danza, arte dramático, música, pintura, y también grupos que se expresan sobre la enfermedad, sobre el miedo a estar enfermo? Gracias a las corrientes que proceden de la psiquiatría y de las medicinas alternativas, los enfermeros y las enfermeras comienzan a iniciarse en estos nuevos enfoques y a integrarlos en sus prácticas de cuidados.

Los cuidados de enfermería deben nutrirse de todo tipo de campos y de tecnologías variadas, recrearlas, repensarlas y adaptarlas para la aplicación de cuidados.

TECNOLOGÍAS SIMPLES

Por último, no es posible concluir esta descripción sobre las tecnologías sin citar las *tecnologías sencillas de los cuidados habituales, de los cuidados primarios*, es decir, aquellas utilizadas en el primer nivel de los cuidados que previenen cualquier agravamiento, lo que limita considerablemente las necesidades de cuidados de curación cuando las personas han podido beneficiarse a tiempo al tener acceso a servicios próximos a su domicilio con horarios bien adaptados a ellas. Es aprender a utilizar una infinita gama de instrumentos y de técnicas variadas y simples, adaptadas a la

gente, y que pueden ser utilizados por los mismos usuarios como preconiza la OMS, recomendando que se realicen investigaciones en este sentido:

*“Para dispensar cuidados elementales, es necesaria una tecnología elemental que pueda ser fácilmente comprendida por la población y fácilmente practicada por los no especialistas. La identificación o la puesta a punto de esta tecnología forma parte de ‘la revolución en salud’ de las personas y de los grupos.”*²⁴

Estas tecnologías deben tener prioridad:

*“Se han consagrado demasiados recursos en el espectacular tratamiento hospitalario de las enfermedades agudas, y muy pocos en los cuidados primarios de la salud que necesita una gran parte de la población, así como en la protección sanitaria permanente y necesaria de aquellas personas que padecen enfermedades físicas o mentales, crónicas, y los que tienen minusvalías.”*²⁵

Creencias y valores

¿Y si la enfermedad y la salud perdieran su sentido?

*¿Y si la vida y la muerte no se pudieran diferenciar?*²⁶

*Las creencias y los ritos se inscriben dentro de una totalidad social que se debe restituir en su significativa integridad.*²⁷

Si los conocimientos y las tecnologías son propios de un oficio para realizar un trabajo o para proporcionar un servicio, una profesión tiene unas creencias²⁸ que son la base de las ideologías que determinan comportamientos.

Las bases de la enfermería han sido, en principio, las creencias religiosas heredadas de las [mujeres] consagradas, que hacían una *profesión de fe* antes de transmitirse por la moral profesional, dando lugar a unos comportamientos y actitudes determinados respecto a la responsabilidad de *servir*. Casi totalmente desprovista de las características de un oficio hasta las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial, la enfermería se enraiza en las creencias que, durante muchas décadas, dan prioridad a la actitud en el trabajo más que al trabajo en sí mismo. Esto se verificaba aún en 1961 en una conferencia del Congreso de Melbourne sobre “¿El oficio de enfermera es una profesión?”, donde la señorita Johada planteaba como principio: “La verdadera esencia de la profesión me parece que es la actitud en el trabajo”.²⁹ Así, comportamientos y actitudes son de

alguna manera la clave de esta profesión. Sin embargo, con las primeras aportaciones de conocimientos especializados y de instrumentos técnicos, las antiguas creencias se esfuman mientras que otras las suceden. Pero nos podemos preguntar si la importancia que se le otorga a las actitudes y los comportamientos traducidos en el “rol” no han contribuido o no contribuyen todavía a dejar en la sombra y en la imprecisión las creencias y los valores que orientan los cuidados, las ideologías y filosofías que actúan sobre la práctica de enfermería. Un estudio realizado en 1977 por la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja sobre el personal de enfermería, muestra cómo, sin tener ninguna orientación filosófica clara, el personal de enfermería puede seguir cualquier corriente ideológica y política. Esto se verifica en la práctica habitual, pero puede ser dramático en circunstancias graves (fascismo o cualquier otra forma de totalitarismo).

Por lo tanto, parece fundamental identificar las concepciones, las creencias y los valores con los que se relaciona tal o cual enfoque de los cuidados de enfermería, cualquier ideología a menudo se confunde con lemas publicitarios repetitivos como: “lo importante es el enfermo”, o “lo que cuenta es la salud de la gente”. Pero, ¿qué se entiende por “el enfermo”? ¿se entiende como el objeto del tratamiento o como un participante en los cuidados? ¿Y “la salud”? ¿de qué salud hablamos?: ¿de la salud de una normativa aplicada masivamente a todo el mundo de la que deben ser excluidos aquellos que no estén conformes con las normas, o de hombres que sustentan su salud a partir de su potencial de vida y contribuyen a su propio desarrollo con acciones que parten de su medio? Pocas veces se analizan estos *leitmotiv* y las opciones sociofilosóficas que los sustentan.

FUNDAMENTO DE LAS CREENCIAS

Las creencias son una forma de conocimiento integrado, interiorizado a partir de las *costumbres*. Todos nosotros, modelados por el modo de vida de nuestra madre durante la gestación, “encontramos en la cuna” todo un patrimonio de costumbres que van a impregnar y establecer la base de la personalidad,³⁰ es decir, la forma de reaccionar ante el mundo exterior. Las costumbres representan en sí mismas y desde el principio de la humanidad todo un conjunto de formas de hacer que crean formas de ser enfocadas a asegurar la continuidad de la vida. Construidas en su origen por tanteos, ensayos y errores, se elaboran respecto a lo que se considera BUENO o MALO para que siga y continúe la vida del grupo en un medio de vida determinado, influidas por el espacio geográfico, el clima y los recursos.

A medida que se repiten y se asientan, las costumbres dan lugar a la adhesión del grupo que *cre*e que tal o cual forma de hacer es buena y por lo tanto deseable, o mala y por consiguiente no deseable. Son de hecho la base de los *hábitos de pensamiento que se transformarán en creencias*. Cualquier creencia es un hábito de vida, una costumbre a la que se adhiere un grupo y, a través de él, las personas que lo integran.

Todas las creencias se basan en los conceptos de BIEN y MAL, a partir de la interpretación simbólica de una forma de hacer las cosas que da lugar a una forma de ser en un universo determinado. Son el origen de todas las religiones (Religare: re-lier[†]), es decir, de todo lo que relaciona al hombre con el universo que le rodea, conciliándolo con las fuerzas de vida y de muerte presentes, y respecto a las cuales se debe situar. Todo lo que no es considerado como BUENO, es decir, salubre* para la vida del grupo, está *prohibido* para proteger al grupo de todo lo que le puede perjudicar y, por lo tanto, causar la muerte.

Tanto las costumbres como las creencias se elaboran a partir de los medios de vida, y de hecho, son dependientes de las características del *espacio*, del territorio donde vive el grupo. El espacio es el lugar donde se insertan todas las costumbres, y posteriormente las creencias que desarrollan. El espacio es, igualmente, la base de los comportamientos y de la red de relaciones instauradas por los hábitos de vida: relación entre las personas y también relación con los objetos. Las personas, al igual que los objetos, se revisten de todo tipo de poderes que tienen un *valor simbólico* en un medio dado, es decir, que son portadores de una significación precisa.

Costumbres y creencias están reglamentadas por el *tiempo* que les marca un ritmo, las acentúa a merced del día o de la noche, las dispersa al filo de las estaciones, las repite, las recuerda y las conmemora en forma de ritos. Al estar sometidas al deterioro del tiempo, pueden esfumarse para revivir de nuevo o desaparecer.

Las costumbres y las creencias constituyen el elemento que representa la permanencia y la estabilidad del grupo. Son la referencia que asegura y garantiza el sentimiento de pertenencia y permite forjar una

[†] *Nota del traductor:* “Religare” en francés es “Re-lier” y en español “relacionar”, por lo que en español desaparece la raíz común que compara la autora entre “religión” y “religare”.

* Salubre significa “portador de vida”, que transmite vida, viene de la palabra *salus, salutis*, que es la expresión del reconocimiento de la vida: yo te saludo → reconozco en ti la vida, reconozco que vives. Esta palabra ha sido el origen de la palabra salud, que en todas las culturas es la traducción de la vida, de la misma manera que mal es la traducción de la muerte: enfermedad → todo aquello que es signo de muerte, lo que hace morir.

identidad a través de formas de actuar que determinan formas de situarse e identificarse. Al asegurar una base de conservación y de tradición, las costumbres y las creencias aseguran también la continuidad de la vida del grupo (etnia, profesión, institución) si es que todavía hay una comprensión y adhesión a su razón de ser, a su simbolismo, si no se enquistan en la rutina, si pueden enfrentarse a la duda, a otros modos de actuar y si son movilizadas por medio de fuerzas externas.

NATURALEZA DE LAS COSTUMBRES Y LAS CREENCIAS

Las costumbres, al igual que las creencias que derivan de ellas, afectan fundamental e inicialmente a todos los grandes aspectos que aseguran el mantenimiento de la vida. Por ello, encuentran sus orígenes en principio en las prácticas relativas a la alimentación y al cuerpo: cuidados del cuerpo, prácticas sexuales, cuidados de higiene corporal, es decir, todo lo que inicialmente se pensó que era bueno o malo para asegurar, según los grupos culturales, el desarrollo del cuerpo: –esfuerzos físicos, sueño, ritos de purificación, masajes, cuidados estéticos, formas de vestir, ritos de paso, etcétera.

Las prácticas relativas a la alimentación y al cuerpo son el punto de partida de todos los hábitos de vida y todas las creencias, constituyen las costumbres más ancestrales del mundo y siempre están subyacentes a las formas de expresión del proceso salud-enfermedad. Estas prácticas son la base de la elaboración de todos los comportamientos y actitudes; las otras costumbres y creencias se incorporan a este núcleo cultural de base, añadiéndose como una superestructura. Por eso, abordarlas e intentar modificarlas sin haberlas identificado, sin haber intentado comprender su significado, sus profundos cimientos y los comportamientos que originan, como se suele hacer en la educación sanitaria, es un error muy perjudicial.

A las costumbres y creencias están vinculados los *valores*, siendo este el grado de importancia y estimación social que se atribuye a tal o cual creencia, lo cual hace que el grupo necesite protegerla y defenderla para así mantenerla. Los valores se basan en el reconocimiento de las costumbres que los distintos grupos consideran para mantener en un medio dado. Se apoyan en las creencias que los alientan y mueven en forma de comportamientos y actitudes (actitudes de ánimo, de sacrificio, de sumisión, de abnegación, de defensa del honor, etc.). *Los valores fundamentales* son aquellos que tienden a conservar y mantener todas las

prácticas indispensables para la supervivencia del grupo y en ningún caso se pueden modificar por encima de un cierto umbral sin correr el riesgo de que el grupo muera. El único valor fundamental universalmente reconocido es la prohibición del incesto, existiendo, sin embargo, un umbral crítico diferente de una sociedad a otra.

Costumbres, creencias, ritos y valores tejen “la cultura que relaciona a los hombres de una comunidad entre sí y determina sus relaciones con el mundo, sus criterios del bien y del mal, constituye un todo estructurado donde las conductas y las costumbres están relacionadas con los valores y las motivaciones³¹ que cualquier civilización ha institucionalizado y jerarquizado”.

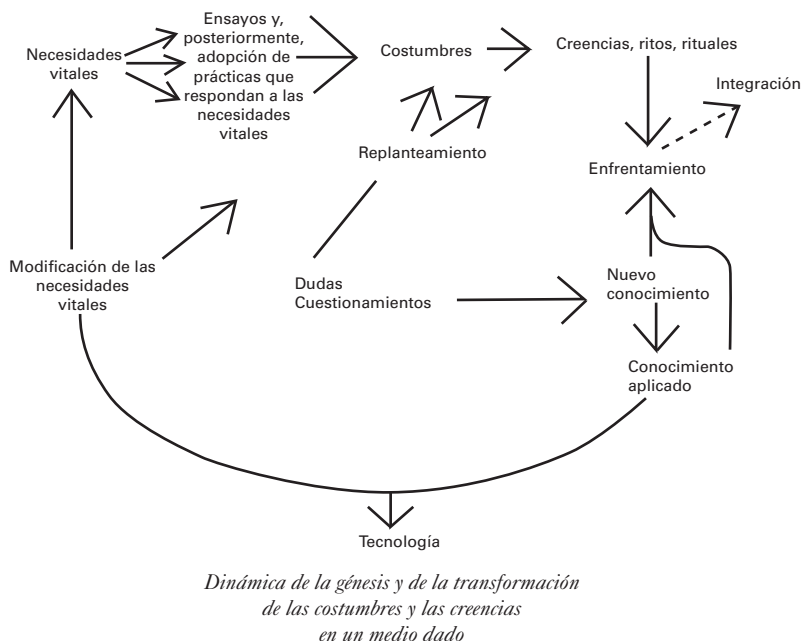
Las personas se impregnan “de formas de hablar y de actuar”³² que “modelan y estructuran su comportamiento” dentro del grupo social al que inicialmente pertenecen, y posteriormente en los grupos que frecuentan. La integración de las costumbres constituye para cada ser un núcleo de creencias, es decir, de costumbres, en las que se reconoce. El lenguaje coloquial lo muestra constantemente: “Te aseguro... creo que hay que hacerlo así”, “en casa siempre he visto hacer esto”, “siempre lo hemos hecho así”, “en casa...”, etc. Lo mismo ocurre en los medios institucionales.

Los cuidados de enfermería se aplican cuando confluyen personas —las personas cuidadas y los cuidadores— con costumbres y, por tanto, creencias distintas y que están sometidos a fluctuaciones en sus diferentes medios de vida.

TRANSMISIÓN Y MODIFICACIÓN DE LAS COSTUMBRES Y CREENCIAS DE UN GRUPO

Tanto las costumbres como las creencias con las que se relacionan, se transmiten por herencia cultural. Cuanto más lejano sea el origen de esta herencia, mayor será la amputación de las creencias del significado simbólico que las relaciona con las costumbres. Así, la creencia en algunas etnias de que el consumo de huevos puede perjudicar a la mujer embarazada está relacionada con costumbres cuyo origen y significado es, en ocasiones, muy difícil de determinar.

Tanto las costumbres como las creencias son susceptibles de modificarse o de ser llamadas a transformarse en muchas circunstancias que pueden actuar aisladamente o en interrelación:



— cuando existe un contacto que da lugar a relaciones con otros grupos que tienen costumbres diferentes, como ocurre en viajes, exploraciones, guerras, conquistas, colonizaciones, exilios, inmigraciones, etc., y con más frecuencia en la vida cotidiana, con la ampliación progresiva de las relaciones entre diferentes medios: familiar, escolar, de trabajo, de clase social, etcétera.

— cuando surge un replanteamiento de una costumbre o una creencia en una persona que empieza a dudar, y comienza a plantearse, cuestionarse y preguntarse si se puede hacer de otra manera. La duda replantea una creencia al introducir la incertidumbre. Este es el esbozo de todo nuevo conocimiento, es decir, de una forma de ver y de comprender para luego actuar de otro modo. Esta es la razón por la que los nuevos conocimientos surgidos de cualquier investigación científica alteran las creencias anteriores, poniendo en tela de juicio su certeza. Pero todo nuevo conocimiento que se integra progresivamente en las costumbres de pensamiento y en las formas de actuar, se transforma a su vez en certeza y, por lo tanto, en creencia. Siempre será así. La única forma de escapar al dogmatismo de las creencias es permanecer abierto a

nuevas formas de ver y comprender, a nuevos conocimientos que vengan a enriquecer el núcleo de certezas indispensable para toda existencia. En todo grupo social, “en toda sociedad se enfrentan los factores de mantenimiento y los factores de cambio”.³³

— cuando nuevos conocimientos dan lugar a la transformación de instrumentos y a la invención de otras tecnologías, y éstas a su vez cambian las costumbres, las creencias y los valores con los que están relacionadas. Esto ocurrió con la tecnología que cambió las formas de conservar los alimentos por la lata de conservas, el refrigerador y, posteriormente, el congelador, modificando con todo ello profundamente las costumbres del ama de casa, así como las creencias relacionadas con estas costumbres y el papel de las mujeres. Del mismo modo, la introducción de tecnologías mecánicas (el dispositivo intrauterino) y químicas (la píldora) que permiten una anticoncepción mucho más precisa y eficaz han cambiado las costumbres y creencias relacionadas con las prácticas sexuales, llegando incluso a quebrantar en ciertos medios sociales algunos planes de instituciones matrimoniales y familiares.

Todo este proceso de génesis, estabilización, mutación de costumbres y creencias actúa e interviene en el seno de cualquier grupo e institución social: familia, oficio, profesión, instituciones religiosas, educativas, sanitarias, etc., e influye directamente en el comportamiento de las personas dentro de su grupo. Las creencias y costumbres actúan como mecanismos de defensa culturales. Vigilando estas nuevas formas de actuar, desempeñan un papel protector con respecto al movimiento de los cambios, pero su enorme estabilidad o su falta de claridad puede obstaculizar la adaptabilidad de las personas y de los grupos.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CREENCIAS Y LOS VALORES E INSPIRAN LA CONCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería se sitúan en una encrucijada de sistemas de creencias y de valores que entran en interacción e interfieren mutuamente. Si no se aclaran los factores que pueden influir en las creencias y valores que sustentan los cuidados de enfermería, la práctica de enfermería puede adoptar, sin saberlo, cualquier orientación o tener cualquier influencia.

Siendo una profesión, los cuidados de enfermería están influidos por creencias y valores heredados y transmitidos dentro del grupo profesional, y también por los de otros grupos que participan en los cuidados. Pero también están influidos por el terreno institucional y el sistema de

costumbres y valores tecnológicos, económicos, sociales e incluso jurídicos que segrega y genera el medio institucional.

Es importante considerar como particularmente determinante para los cuidados de enfermería *el medio institucional donde se realiza el trabajo de enfermería*, ya que la naturaleza y las características del trabajo no podrían estar aisladas de otros factores que condicionan este trabajo y ejercen sobre él una influencia preponderante. Cada vez se constata con mayor frecuencia “hasta qué punto puede estar un individuo influido en su forma de razonar, de simbolizar y de interpretar su experiencia o la de los demás por las circunstancias de la comunicación en el trabajo”, determinadas de modo imperativo por las formas y estructuras de la organización del trabajo.³⁴ Así, las costumbres de una enfermera madre de familia ante un niño enfermo serán modificadas en su casa, en casa de otra familia o en el medio hospitalario, por las formas de actuar dependientes de su grupo profesional y por las influencias del medio institucional que dan lugar a creencias y movilizan comportamientos diferentes que a veces pueden ser opuestos. Los significados simbólicos no son los mismos. Comprendiéndolos mejor y sabiendo utilizarlos mejor, no sería imposible, sin duda, que fueran complementarios, o que se relativizaran, mejor que oponerse o excluirse mutuamente.

Además, las personas cuidadas al igual que los grupos profesionales y los medios institucionales, están asimismo influidos por las corrientes socioeconómicas, culturales y políticas que se asientan dentro de los proyectos de la sociedad y valoran las formas de enfocar el proceso salud-enfermedad. Todos estos sistemas pueden a su vez reunirse, alentarse, reforzarse, oponerse, excluirse y actuar de forma complementaria o antagonista.

Ante la enorme cantidad de factores que pueden influir en la orientación de los cuidados de enfermería, no puede extrañarnos que dentro de la enfermería sólo exista un concepto de cuidados, a menos que se haya alcanzado por la imposición de un sistema de creencias, como en el caso de las [mujeres] consagradas, o por la adhesión sistemática a un modelo conceptual que se puede generalizar.

Frente a la complejidad del entramado de creencias de origen y de simbolismos tan diversos, heredado de un pasado con frecuencia secular, frente a la gran cantidad de conocimientos y las variadas tecnologías y frente a la influencia determinante del medio de trabajo, cualquier profesión, y entre ellas la enfermería, corre el riesgo de refugiarse tras una *ideología generalizante y generalizable*: “todo por el enfermo”, “al servicio de la salud de las personas”, “libre elección para el enfermo”. Pero ¿qué significa todo esto en realidad? ¿A quién le sirve esta ideología?

¿Qué sustituye? La ideología es la construcción de un sistema de ideas que sustituye a la realidad, hasta tal punto que se llega a pensar y a creer que estas ideas son la realidad. De esta forma, “la realidad se presenta siempre como una aberración y una irracionalidad ante todo sistema de ideas que amenace la lógica”.³⁵ La realidad es la inserción de las situaciones en el medio de trabajo, directamente influidas por las costumbres, las creencias y los valores transmitidos en este medio. Seguramente es posible tener “una” ideología de los cuidados de enfermería, seguramente es irreal pensar que pueda ser transpuesta y vivida en la realidad; además, ¿acaso no sería mejor aprender a vivir “el dilema de la enfermería”,³⁶ a reconocer la diversidad de las orientaciones profesionales dentro de los grupos, las asociaciones, los servicios y las instituciones sanitarias, para identificar lo que motiva y mueve su acción, mejor que obliterarla tras ideologías formales?

INFLUENCIA SOBRE LA PRÁCTICA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Aunque parece difícil e irreal que sólo exista un único cuerpo de creencias y valores sobre el que se pueda basar la práctica de los cuidados de enfermería, teniendo en cuenta la complejidad de los factores que interfieren y la variedad de influencias procedentes de los medios institucionales donde se ejerce esta práctica, en cambio parece fundamental que cualquier enfermera y enfermero sean capaces de conocer y comprender lo que influye en su práctica de aplicación de cuidados y la del grupo al que pertenecen (equipo de cuidados, asociación, sindicato, grupo confesional), para que sean capaces de aclarar lo que motiva e influye en su práctica, así como la coherencia entre los objetivos que proponen y los medios que utilizan en función de las situaciones.

Por eso, es importante conocer y comprender *las creencias y los valores heredados del pasado*: lo que ha dado origen a la práctica de aplicación de cuidados, lo que ha orientado su evolución a través de las costumbres y creencias que valoran la fecundidad y el grupo social y, posteriormente, las que valoran el cuerpo enfermo, pobre y desprovisto y que aíslan cada vez más al individuo del grupo para relegarle al mal que padece.

Es importante conocer y comprender *las creencias y los valores basados en la supremacía de la tecnología* desarrollada a partir de todo un conjunto de costumbres hipertécnicas hasta el punto de no poder imaginar otra forma de hacer las cosas mientras el terreno y el medio favorezcan esta forma de actuar, mientras la valoración de los cuidados pueda basarse en su prestigio. Al contrario, es importante conocer y comprender la valoración

de la salud considerada como una entidad en sí, como el objetivo de los chequeos sistemáticos y de todos los tipos de vigilancia y control respecto a un sistema de normas de creencias llamadas científicas, que justifican todas las campañas* de educación sanitaria.

Es importante conocer y comprender *los diferentes condicionamientos que parten del medio de trabajo*: estructuras jerárquicas, organización del trabajo, procesos de toma de decisiones. Todo lo “que abarca al conjunto de las significaciones, representaciones y valores más o menos codificados de los que nos servimos para actuar y hacernos comprender en las conversaciones, podría aprenderse o transformarse en el contexto peligroso y complejo de las relaciones humanas del trabajo, ya que los individuos adquieren una experiencia más o menos grande del verdadero condicionamiento de las aptitudes que tienen que comunicar”.³⁷ No analizar ni medir lo suficiente el impacto del medio institucional del trabajo de enfermería, *al mismo tiempo que la finalidad y la orientación de los cuidados de enfermería*, hace correr el riesgo de no poder dominar ni movilizar los factores que intervienen en su realización y las condiciones indispensables para su cumplimiento.

Todo lo anterior pasa por una interrogante y un planteamiento de todo lo que atañe al proceso de la vida y de la muerte, tal y como lo tienen que vivir y afrontar los hombres en los diferentes medios de vida. Es importante comprender cómo en el seno de cualquier grupo profesional “la cultura determina la salud” y orienta “el sentido que el hombre da al sufrimiento, a la enfermedad y a la muerte”,³⁸ así como los comportamientos con los que se asocia. Tratando de descubrir sin cesar todo lo que contribuye a hacer que nazca, surja y se desarrolle la vida de los hombres, o a obstaculizarla, favoreciendo un proceso de degeneración física, mental y/o social, es posible medir la complejidad de los fenómenos que dan lugar al enfrentamiento vida → muerte, y no reducir la enfermedad ni la salud a uno solo de estos fenómenos tomados aisladamente, teniendo que dar cuenta del conjunto.

La concepción de los cuidados de enfermería no puede más que transformarse por este descubrimiento o este redescubrimiento permanente de los diferentes aspectos fundamentales de la vida, volviéndolos a situar según las vivencias socioculturales, socioeconómicas y socioinstitucionales de las personas y de los grupos en unos medios determinados. Sólo así estallarán las creencias y los sistemas de valores rígidos, enquistados

* El análisis de las palabras siempre revela algo: campaña es un término militar utilizado a menudo en el vocabulario sanitario al igual que muchos otros términos militares. La analogía entre campaña de educación sanitaria y campaña militar no es más que una anécdota.

en dogmas o en sistemas normativos, y equipos de cuidadores al igual que los grupos profesionales estarán en condiciones de dilucidar costumbres, creencias y valores que dicten su comportamiento y guíen su acción dentro del medio de trabajo.

Los cuidados de enfermería están marcados por las concepciones, las creencias y los valores con los que están vinculados tanto los que requieren cuidados como los que los procuran. Todos se encuentran bajo la influencia del manejo de valores predominantes transmitidos por el sistema social, mismos a los cuales se puede adherir sin preguntas, o de los que se puede proponer comprender su significado, su razón de ser, su forma de expresarse, sus apremios y sus limitaciones, para intentar determinar lo que orienta y sustenta su acción.

Si todo proceso de aplicación de cuidados se inserta en un sistema de creencias y valores de los que son portadoras las personas participantes en los cuidados, tanto los cuidados como los cuidadores, es importante comprender mejor el funcionamiento de las creencias, su naturaleza, la forma como se transmiten y se modifican, todo ello para tomar conciencia de la variedad de sistemas de creencias y de valores que pueden influir en la concepción de los cuidados de enfermería y su incidencia sobre la práctica de los mismos.

NOTAS

1. Nightingale F., *Notes on Nursing, op. cit.*, p. 15.
2. Morin E., *La méthode, La vie de la vie*, Paris, Seuil, 1980, p. 12.
3. Montmollin D. de, *La Poterie*, Presse de Taizé, 1965, p. 34. Por materia hay que entender mucho más que materia inerte, también materia viva en el sentido de P. Teilhard de Chardin y de E. Morin.
4. Bitensky R., "Théorie du Service Social et pouvoir politique aux Etats-Unis", *Technique d'Action Sociale*, juin 1977, p. 26.
5. Herzlich C., *Santé et Maladie*, Paris, Ed. Mouton, 1969, p. 116.
6. "Entretien avec Edgar Morin, Sociologue et Philosophe", *Psychologie*, décembre 1980, p. 11.
7. Françoise Dolto et Philippe Ariès, "Enfance et Société", émission "Dialogues", France-Culture, mardi 23 avril 1974.
8. Morin E., *La méthode, la nature de la nature*, Paris, Seuil, 1977, p. 9.
9. Morin E., *La vie de la vie*, Paris, Seuil, 1980, p. 418 y 396. Los esquemas de visualización le son atribuidos.
10. *Ibid.*, p. 396.
11. *Ibid.*, p. 398.
12. Morin E., *La méthode, la nature de la nature, op. cit.* Schémas p. 79, chapitre "ordre et désordre", pp. 33-93.
13. Morin E., *La méthode, la vie de la vie, op. cit.*, p. 12.
14. *Ibid.*, p. 21.

15. "Entretien avec Edgar Morin", *op. cit.*, p. 9.
16. *Ibid.*
17. *Ibid.*
18. Este método de la complejidad ya fue anunciado y utilizado por Pierre Teilhard de Chardin en *Phénomène Humain*, Paris, Seuil, 1955, p. 333, y en *l'Energie Humaine*, Seuil, 1962.
19. Morin E., *La nature de la nature*, *op. cit.*, p. 16.
20. Morin E., *La vie de la vie*, *op. cit.*, p. 9.
21. Illich I., *La convivialité*, Paris, Seuil, 1973, p. 27.
22. Mediador, en el sentido en que Mac Luhan lo entiende en su libro *Pour comprendre les media*, es un medio que invita a un mensaje, que cumple una acción que va a dar lugar a una transformación.
23. El valor de uso o valor de mercado, véase Illich I., *La Convivialité*, Paris, le Seuil, 1973.
24. "Nécessité d'une révolution sociale dans la santé des collectivités", *Chronique de l'OMS*, juillet 1977, p. 280.
25. "Les problèmes que pose une médecine prospère", *Chronique de l'OMS*, janvier 1977, p. 9.
26. Attali J., *op. cit.*, p. 12.
27. Raphael F., "Le travail de la mémoire et les limites de l'histoire orale", *Annales*, janvier-février 1980, p. 142.
28. *Profession* "Déclaration ouverte, publique d'une croyance, d'une opinion, d'un comportement qu'on a ou qu'on prétend avoir." Dictionnaire Robert, deuxième définition.
29. Johada Miss, "Le métier d'infirmière est-il une profession?" *RIAS*, décembre 1961, p. 551.
30. Linton R., *Le fondement culturel de la personnalité*, traduit de l' Américain, Paris, Dunod, 1968.
31. Raphael F., *op. cit.*, p. 135.
32. Verdier Y., *op. cit.*
33. Raphael F., *op. cit.*, p. 135.
34. Sainsaulieu R., *op. cit.*, p. 11.
35. Morin R., *Pour sortir du vingtième siècle*, *op. cit.*, p. 67.
36. *Le Dilemme de l'infirmière*, consideración de deontología profesional en la práctica de los cuidados de enfermería, C.I.I., Genève, 1977.
37. Sainsaulieu R., *op. cit.*, p. 11.
38. Illich I., *Némésis Médicale*, Paris, Seuil, 1975, pp. 132-133.

Identificar los cuidados de enfermería

El mundo se construye. Esta es la verdad fundamental que hay que entender en primer lugar, y entenderla tan bien, que se convierta en una fuerza habitual y natural de nuestro pensamiento.¹

Afirmar que la función de la enfermera es original es difícil, ya que, ¿cómo se podría probar que no se parece a nada, que es única, que está marcada por características específicas que le son propias, que tiene sus propias leyes?²

Ningún oficio ni profesión tiene razón de ser si no puede justificar que ofrece un servicio necesario para la población, ni da pruebas de su capacidad para darlo. Para que pueda haber un reconocimiento eficaz de los cuidados de enfermería como tales, las enfermeras y enfermeros de hoy están obligados a demostrar que los cuidados de enfermería son la expresión y el cumplimiento de un servicio indispensable en determinadas circunstancias de la vida de las personas, y que no está cubierto por otros grupos profesionales. Lo que basa la legitimidad de una profesión, como de cualquier otro tipo de institución, es “el hecho, accesible a examen crítico, de que es irremplazable”.³ Queda, por lo tanto, probar que la prestación de la enfermería tiene una identidad propia, tanto por el campo de competencia objeto como por el proceso de cuidados propuesto, así como por la aclaración de la naturaleza del poder de los cuidados de enfermería, de sus limitaciones y de sus dimensiones sociales, económicas y políticas.

El campo de acción de los cuidados de enfermería

“Estar embarazada, parir, amamantar, son otras tantas condiciones medicables” como “la pubertad, la depresión, el agotamiento, el alcoholismo, la homosexualidad, el duelo, la obesidad o la vejez.”⁴ Aunque los que necesitan cuidados pueden recurrir a los métodos de diagnóstico y tratamiento que les ofrece una medicina hiperespecializada en la detección

de alteraciones orgánicas y psíquicas, tienen, por el contrario, menos garantías de encontrar aquello que puede permitirles iniciarse por sí mismos en todo tipo de cuidados de mantenimiento, aprendidos antiguamente por tradición cultural, y olvidados hoy, o beneficiarse de lo indispensable para el mantenimiento de su vida diaria si están enfermos, así como descubrir la forma de compensar por sus propios medios y los de sus allegados la disminución de autonomía a la que se tienen que enfrentar. *El campo de acción de los cuidados de enfermería se ha dejado desbordar, invadir, y más tarde absorber por el campo de la práctica médica,* o al menos como un terreno explícitamente reconocido de la aplicación de cuidados.

Por lo tanto, hace más de cien años Florence Nightingale demostró en las enfermerías militares de Scutari, y más tarde en el Hospital de St. Thomas en Londres, que distribuir medicamentos y curar heridas no basta para asegurar la supervivencia de los enfermos, sino que *hay que poner en marcha todo aquello que mueve su energía, su potencial de vida.*⁵ De hecho, la figura de proa del movimiento de evolución de las mujeres de su época, como lo demuestran Cécil Woodham-Smith⁶ y Lavinia Dock,⁷ Florence Nightingale centra los cuidados de enfermería en la línea tradicional de las prácticas curativas proporcionadas por mujeres pero de forma explícita y verbal, diciendo en qué consisten, dándose cuenta que, con la evolución de las técnicas reparadoras, así como con las modificaciones económicas y sociales de la era industrial, los cuidados habituales administrados por mujeres no están implícitos: “Ninguna mujer es por sí misma una buena enfermera”, escribe.⁸ Como los cuidados ya no se transmiten por herencia cultural es necesario aprenderlos. Es entonces cuando Florence Nightingale determina el campo de competencias de los cuidados de enfermería, tanto a domicilio como en el hospital, como muestra de algo totalmente diferente de lo que los síntomas de la enfermedad podrían dejar creer, y apartándose de las condiciones que ocasionan estos síntomas o que los favorecen cuando se cae enfermo, condiciones sobre las que se puede actuar. La acción de la enfermera se centra por una parte en todo aquello que mejora las condiciones que favorecen el desarrollo de la salud para prevenir y limitar la enfermedad, y por otra, en todo aquello que revitaliza al ser humano cuando está enfermo. A 120 años de distancia, el campo de acción de los cuidados de enfermería sigue siendo el mismo, como otras enfermeras, utilizando los conocimientos de su época, lo han demostrado regularmente, o como lo han probado equipos de enfermeras o, en algunos países, el conjunto del grupo profesional que contribuye directamente a hacer acceder a dichos países al más alto nivel de salud pública. Finlandia es un ejemplo de ello.

El campo de competencias de la enfermería necesita la mayoría de las veces ser encontrado, justificado, probado al menos a un nivel que sobrepase la expresión individual o de equipos aislados, para convertirse en la expresión de grupos profesionales y progresivamente en la de la profesión. Es decir, diferenciar el campo de competencias de la enfermería, aprender a situarlo en relación a otras prácticas profesionales y con respecto al campo institucional, considerando siempre las dificultades que se encuentran para no minimizarlas y tenerlas en cuenta.

CUIDAR NO ES TRATAR

No es posible diferenciar el campo de competencia de la enfermería sin aclarar la diferencia que existe entre “*cuidar*” y “*tratar*”, y sin darse cuenta de que tratar la enfermedad no podrá jamás suplir a toda esta movilización de las capacidades de vida que representa cuidar. Para las plantas y los animales, el vocabulario cotidiano conserva la diferencia fundamental entre *cuidar* y *tratar*. Se cuida una planta suministrándole todo lo necesario para su crecimiento y su desarrollo, para que pueda crecer, florecer, dar frutos: agua, calor, luz, etc., son proporcionados de acuerdo con las costumbres de la planta. Se le trata cuando tiene una enfermedad o una parasitosis —como el pulgón, por ejemplo— dándole un producto que obstaculice dicha enfermedad o parasitosis, producto que no sustituirá en ningún caso los cuidados para el mantenimiento de la vida que, por el contrario, se dispensan con más atención todavía, más frecuencia, meticulosidad y preocupación. Del mismo modo, se pasa mucho tiempo cuidando animales (lavado, cepillado, almohazado por ejemplo), mientras que sólo en ocasiones se llega a tratarlos, vigilando todavía más los cuidados para el mantenimiento de la vida, y con frecuencia multiplicándolos, si hay riesgo de enfermedad o de que se produzca cualquier afección.

Si hay una diferencia tan precisa entre *cuidar* y *tratar* cuando se habla de plantas y de animales, es importante constatar y concientizarse de que para los hombres el tratamiento ha absorbido y acaparado los cuidados de tal modo que, en las instituciones sanitarias, cuidar cubre prioritariamente todo aquello que es del dominio del tratamiento, de la curación, haciendo accesorios, caducos y de menor importancia todos los cuidados habituales fundamentales para mantener la vida de cada día y permitir la lucha contra la enfermedad, todos estos cuidados vitales que son el sustrato priori-

tario de todo tratamiento. *El significado de tratar ha adoptado insidiosamente el de cuidar y se ha revestido de él.* Cuando se sabe convenientemente que para las plantas y los animales tratar no puede ser nunca ni convertirse en ningún momento y en ningún caso en un sustituto de cuidar, los hombres tienen que sufrir todos los días el grave perjuicio de esta sustitución cuando no son ya o no son más capaces de *cuidarse*, es decir *de ocuparse de sí mismos*, y si no existe más un cuerpo profesional que haya adquirido aptitudes calificadas y reconocidas para ofrecer este servicio.

CUIDAR, UNA APTITUD DE LOS USUARIOS DE CUIDADOS QUE HAY QUE DESARROLLAR, O RELEVAR

El campo de acción de la enfermería se sitúa como una prolongación, un relevo de aquello que los usuarios de cuidados no pueden atender temporalmente por sí mismos, o verlo atendido por su entorno. Se ejerce durante determinadas circunstancias de la vida o cuando hay una insuficiencia de recursos ambientales, también está sujeto al movimiento y a la necesidad de reajustes.

Lo que con frecuencia hace difícil situar las competencias de la enfermería, es que se superponen con las de los usuarios, de los cuales es una prolongación, un reemplazo. Además, las competencias de la enfermería no pueden ser sino confusas y arbitrarias si no se dilucida la naturaleza del reemplazo que hay por aportar, tomando en consideración a la vez todo aquello que sitúa a la persona en relación con la complejidad, la gravedad de su estado, las capacidades y los recursos de su entorno para suplirlas.

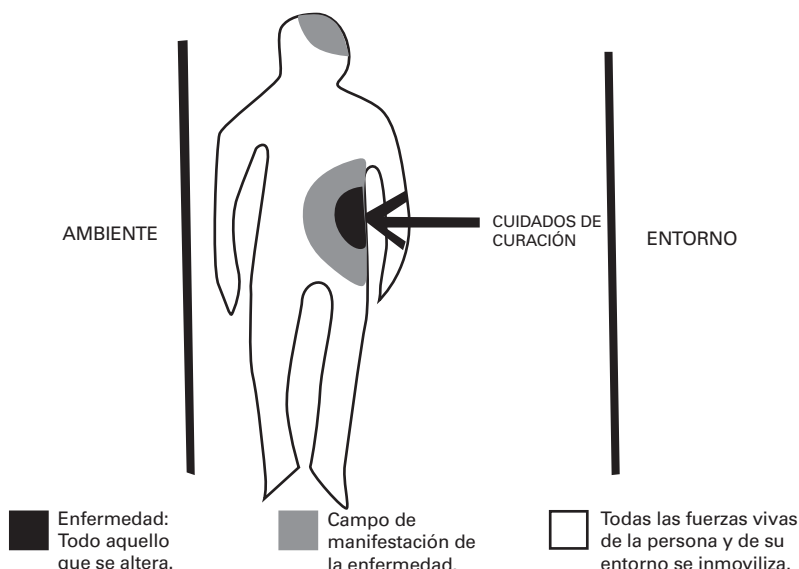
El campo de acción de la enfermería, es decir, el terreno de sus cuidados, se sitúa verdaderamente en la encrucijada de un tríptico que tiene como punto de impacto lo que concierne a la persona, lo que concierne a su defecto físico o a su enfermedad, y lo que concierne a su entorno y a su medio. Así, una persona con la misma afección de una gravedad comparable, puede necesitar cuidados de enfermería, mientras que la otra no los necesitará debido a su edad o a los recursos y las posibilidades de su entorno, de su vivienda. Es posible, por ejemplo, que para una misma afección como una pierna inmovilizada por una fractura, sea necesario proporcionar cuidados de enfermería a una persona mayor para compensar todas las actividades indispensables que ya no puede hacer como algunos cuidados de higiene, ayuda para levantarse, vestirse, etc., mientras esto no será necesario o sólo parcialmente, si esta misma persona tiene una familia

que pueda suplirla, e incluso puede ser innecesario si la que tiene este mismo tipo de fractura es una persona joven. Así, lo que determina la necesidad de proporcionar cuidados de enfermería no podría estar relacionado únicamente con la gravedad o lo benigno de una enfermedad o un defecto físico considerado de forma aislada, sino con la interrelación existente entre las posibilidades, capacidades y recursos de la persona en el periodo de vida en que se encuentra, las de sus allegados y de su medio de vida, y el defecto físico o las dificultades que tiene o las consecuencias funcionales de las alteraciones debidas a su enfermedad.

FUNDAMENTO DEL CAMPO DE ACCIÓN DE LA ENFERMERÍA

El campo de competencias de la enfermería se basa fundamentalmente en los cuidados para el mantenimiento de la vida basados en todo aquello que le permite a una persona seguir viviendo; en otros términos, como ya mostraba Florence Nightingale, en la *salud*: no siendo de ninguna manera la salud una entidad en sí como se ha dejado creer, sino que *representa el conjunto de posibilidades que permiten que la vida continúe, se desarrolle*, incluso cuando hay enfermedad, tal y como lo demuestra la expresión corriente: “mientras hay vida, hay salud”. Esto se traduce en que la salud es el conjunto de fuerzas vivas físicas, afectivas, psíquicas, sociales, que se pueden movilizar para afrontar, compensar la enfermedad, dejarla atrás o hacerle frente.

Cuando se confunde cuidar y tratar, todas las fuerzas vivas de la persona que es cuidada permanecen inactivas, pasivas, no se movilizan para estar alerta y reaccionar, además tienden por sí mismas a limitar su actividad, a reducirse, a disminuir; como lo demuestra Charles Belmont en su película *Rak*: “La enfermedad se apodera de todo aquello que se abandona a la enfermedad”.⁹ La enfermedad alcanza, invade todo aquello que no se moviliza, todo aquello que se vuelve inerte. Además, cada vez que toda la acción “curativa” se centra únicamente en la enfermedad, es decir en aquello que muere, los cuidadores dan una importancia predominante a la enfermedad, es decir a aquello que muere, hasta el punto de que “las personas son condenadas a morir mucho antes de su muerte”,¹⁰ incluyendo hasta el estado de la muerte donde se ven llevados *a morir su vida en lugar de vivir su muerte*.

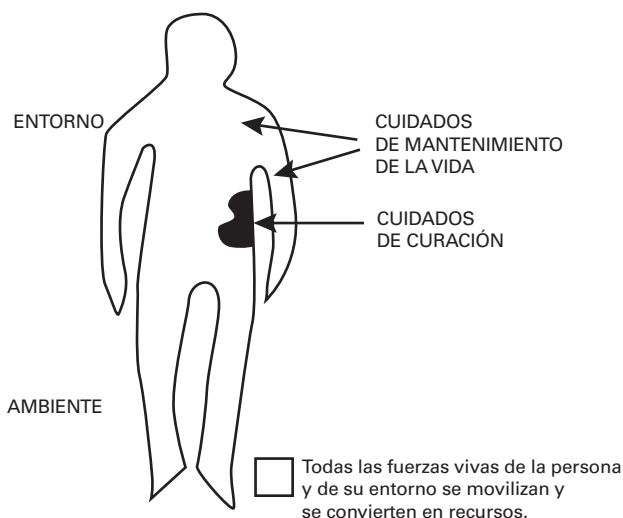


Existe una inmovilización de las fuerzas vivas cada vez que la finalidad de la acción curativa se fija única y aisladamente en la investigación y en el tratamiento de la enfermedad.

Al no relativizarse, la enfermedad se convierte en el centro de todas las preocupaciones; así aumenta su campo de expansión. Invade a la persona en todas las facultades y aptitudes. Invade igualmente al personal que "cuida".

El campo de acción de la enfermería está situado en el punto de unión de todo lo que moviliza las capacidades de vida en relación con las incidencias de la enfermedad. Cuando cuidar se diferencia de tratar, se cuestionan todas las capacidades y las fuerzas vitales físicas, afectivas y psíquicas de la persona cuidada, así como las posibilidades y los recursos de su entorno, que pueden movilizarse según la naturaleza de la enfermedad, los daños que ocasione y las incidencias que conlleve para la vida cotidiana.

Las competencias de la enfermería tienen como finalidad movilizar las capacidades de la persona y de su entorno para compensar los daños ocasionados por la enfermedad, y suplirlas si estas capacidades son insuficientes. La competencia de la enfermería se basa en diferenciar todo aquello que parece indispensable para mantener y movilizar la vida de alguien, buscando qué medios serán los más adecuados para conseguirlo.



La acción curativa de la enfermería se basa en la movilización de las fuerzas vivas de la persona y de su entorno para compensar las capacidades alteradas por la enfermedad, teniendo siempre en cuenta las limitaciones que ésta impone.

La enfermedad es una de las cosas que hay que tener en cuenta, no absorbe la totalidad de la acción curativa, se relativiza.

Cuando no hay enfermedad, defecto físico o accidente, pero existen acontecimientos o dificultades que exigen recurrir a una ayuda exterior (nacimiento del primer hijo, periodo de crisis, adaptación a una nueva cultura, etc.), el campo de acción de la enfermería se centra en movilizar y desarrollar las capacidades de la persona, de la familia y de su entorno, para hacer frente al acontecimiento, resolver la dificultad intentando que sea competente, que sepa utilizar los recursos afectivos, físicos, sociales y económicos de los que dispone.

INTERRELACIÓN ENTRE LOS CAMPOS DE ACCIÓN DE LOS USUARIOS DE CUIDADOS, DE LAS ENFERMERAS Y DE LOS MÉDICOS

Como ningún campo de competencias puede estar aislado y la mayoría de las veces es un relevo o una delegación de la competencia de alguien en determinadas circunstancias y en función de un medio dado, las acciones de la enfermería se sitúan en interrelación con las acciones

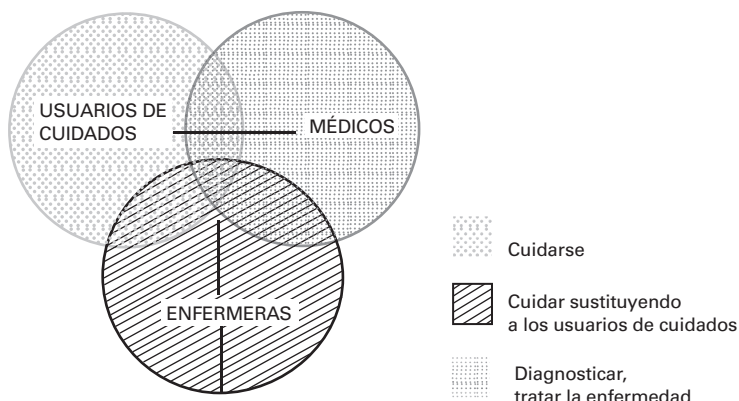
de los usuarios y las de los médicos,* compartiendo con cada uno de ellos zonas comunes.

Los usuarios de cuidados garantizan de forma constante lo esencial de la función cuidadora; sólo en algunas circunstancias y durante determinados acontecimientos se les hace indispensable la necesidad y la obligación de un relevo. Esto ocurre en determinados momentos de la vida, como cuando se espera un niño, durante el parto, la maternidad y los primeros cuidados del recién nacido, y también durante algunos periodos de la vida: adolescencia, vejez, o cuando las personas tienen que vivir situaciones difíciles, como ocuparse de un niño disminuido físicamente. En todas estas circunstancias, hay que determinar con la persona afectada hasta qué punto puede bastarse a sí misma y en qué terreno necesita ser sustituida. Este reemplazo compete directamente a los cuidados de enfermería, sin que por ello exista necesariamente una enfermedad, pero la confusión entre cuidar y tratar difumina la acción de la enfermería y la hace dependiente de la prescripción o de la delegación médica, incluyendo servicios como el de la protección maternal e infantil o el de la salud escolar.

Por otra parte, los usuarios de cuidados tienen los primeros elementos de todo diagnóstico, que no son sino conocer el umbral de gravedad para ir a consultar a un médico. Numerosos estudios han demostrado que siete de cada diez veces, la gente decide su propio tratamiento. Los usuarios, por tanto, hacen abortar todos los días un gran número de pequeños males por automedicación, evitando así que se produzcan enfermedades. Cuando consultan al médico, le piden que tome el relevo del trabajo de discernimiento que ya han esbozado, y delegan en él implícitamente para completar lo que ellos han comenzado. El médico diagnostica y luego prescribe el tratamiento que, en la mayoría de los casos, será proporcionado por el propio usuario. En situaciones más graves y/o más complejas, será necesario recurrir a una competencia más especializada para poner en práctica y supervisar el tratamiento. Entonces, esta competencia es delegada por el médico en la enfermera. El tratamiento, los cuidados para la curación que completan los relativos para el mantenimiento de la vida son competencia de la enfermería cada vez que un enfermo no puede garantizarse por sí mismo su propio tratamiento (a domicilio), o cuando

* Teniendo en cuenta sólo a las personas afectadas con más frecuencia, aunque la realidad es más compleja, ya que hay una interacción con un gran número de profesionales sanitarios: cinesioterapeutas, nutriólogos, parteras, etc., y trabajadores sociales: trabajadoras de familia, ayudantes domésticas, asistentes sociales.

el médico delega la ejecución de los cuidados médicos complejos al personal de enfermería.



*Áreas de interferencia de los campos de acción de los participantes en los cuidados**

El campo de acción del médico se superpone con una zona de las acciones de la enfermería, pero según la naturaleza de los servicios y de las instituciones sanitarias, corren el riesgo de invadir casi por completo el campo de competencias de la enfermería hasta el punto de no dejar sitio a todo lo relativo a los cuidados para el mantenimiento de la vida, o bien las enfermeras deben, a su vez, delegarlos a otro personal bajo la forma de tareas que no tienen relación entre sí, empobrecidas por su carácter puntual y parcelario. Observando este esquema, podemos comprender por qué ocurre esto con tanta frecuencia. La razón es que, además de la falta de preparación de las enfermeras para movilizar las fuerzas vivas y las capacidades de los usuarios, su campo de competencias es el más empleado, siéndolo a la vez por la necesidad de sustituir a los usuarios, y por la demanda de los médicos de suplirlos, demanda que en determinados servicios ocupa todo el tiempo y todo el campo de la enfermería. Ahora bien, no se puede hacer contrapeso a esta demanda si, por otra parte, no se desarrolla la capacidad de cuidar y de probar la acción regeneradora y

* Contrario a lo que habitualmente se cree, o a lo que ocurre en la mayoría de los casos, el usuario es un interlocutor directo de los cuidados hasta el punto de que es él quien le confía al personal sanitario el poder de participar en sus cuidados. Aquí, las competencias tienen que buscarse en función de las complementariedades que hay que proporcionar considerando la capacidad de los usuarios y la gravedad de las situaciones.

estimulante de los cuidados para el mantenimiento de la vida. De hecho, las competencias de la enfermería ocupan un lugar intermedio entre cuidar y tratar. Se puede entender que no es un lugar cómodo, ya que al ser percibido como muestra de la buena conciencia y no de la *concientización* de los fenómenos presentes en una situación, cuidar se ha convertido en el desecho de la acción curativa. Como cuidar exige el desarrollo de numerosas capacidades de percepción, de comprensión, de elucidación de informaciones, así como de ingenio, de inventiva y de creatividad, es vivido la mayoría de las veces como una actividad subdesarrollada, inferior, que lleva todavía los estigmas del rol moral, de una actividad doméstica sobrepasada, o que sufre por la ignorancia a la que se han dejado llevar todos los cuidados que se llamaban “no técnicos”, suponiendo que la técnica es el único terreno que requiere conocimientos y exige recurrir al saber científico supuestamente reservado sólo al tratamiento.

El proceso de los cuidados de enfermería, un enfoque antropológico

Este proceso es un trámite de análisis de la situación enfocado a identificar la naturaleza de las necesidades o de los problemas de salud vividos por una o varias personas que requieren cuidados de enfermería, en un medio dado, diferenciando la naturaleza de estos cuidados: cuidados para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación, así como los que intentan suplir o compensar. Dicho trámite exige estar situado en el tiempo. Este análisis sirve igualmente de base para evaluar la acción curativa. Permite también evidenciar las condiciones indispensables para esta acción y poder argumentarlas; es, por lo tanto, la base de la función de gestión de los cuidados.

El proceso de los cuidados de enfermería procede de un encuentro entre dos (o varias) personas que poseen cada una elementos del proceso de cuidados. *Este proceso está situado en la encrucijada de un sistema de intercambio que proviene de fuentes diferentes y complementarias* con vista a determinar la naturaleza de los cuidados que hay que proporcionar, la razón de esos cuidados, lo que se proponen conseguir, así como los medios necesarios para ponerlos en práctica.

El proceso de los cuidados de enfermería es una construcción propia de cada situación, que se elabora entre cuidadores y personas cuidadas a partir de elementos de la situación. No puede ser objeto de una aplicación sistemática de conocimientos, ni de un uso sistemático de instrumentos. El proceso de los cuidados de enfermería se crea a partir de lo

que se descubre al movilizar la información que procede de la situación, decodificándola con la ayuda de conocimientos para comprender su significado y ver cómo utilizarla para cuidar.

El proceso de los cuidados de enfermería sólo tiene razón de ser si se arraiga en lo que es importante para lo que viven las personas, teniendo en cuenta su enfermedad, los daños que le siguen y las dificultades que encuentran. Es un proceso de descubrimiento → elucidación → acción entre interlocutores sociales que tienen competencias diferentes y complementarias, dirigido a encontrar un tipo de realización a partir de las capacidades y los recursos de cada cual en un medio dado (domicilio, institución hospitalaria, centro de cuidados, consulta de PMI, etc.).

Este es un proceso que no es lineal, donde cada aspecto alimenta constantemente al conjunto de la acción curativa.*

UN PROCESO DE DESCUBRIMIENTO

Descubrir quiere decir que no se sabe de antemano, pero que se osa ir por delante de lo desconocido que lleva consigo toda persona que requiere cuidados, que por sí misma hace frente a lo desconocido del cuidador.

Todas las situaciones planteadas con los cuidados son un encuentro entre personas que tienen que buscar sus complementariedades respecto a una necesidad de salud. Por eso, el primer descubrimiento consiste en *situarse* mutuamente para saber quién es el otro, volverlo a situar y aprender a conocerlo a partir de sus diferentes *estatus*: esposo, padre, madre de familia, con tal edad, tal nacionalidad, tal profesión; a partir de su *cultura* de la que ya podemos tener una idea en función de su nacionalidad, de su origen rural o urbano, de la edad, de la profesión, y a partir de los *roles* sociales que se derivan de los estatus y de la cultura.

Todo esto puede parecer de una banalidad extrema, todos los días las enfermeras ven estas informaciones en el expediente administrativo, pero la mayoría de las veces no son utilizadas. Son “letras muertas” en el sen-

* Todo lo que aquí se comunica es el resultado de un trabajo de varios años, recogido y realizado con enfermeras cuidadoras, y con enfermeras y enfermeros que han desarrollado un análisis de las situaciones planteadas al cuidar durante su formación continua o superior. Al haber sido utilizada tanto en el sector extrahospitalario como hospitalario, los efectos de este enfoque son testimonio del desarrollo de las capacidades y de la creatividad de los actores de la situación: usuarios de cuidados y cuidadores, así como de la facilitación de la acción curativa, pudiendo vivir, dilucidar y sobrepasar las situaciones conflictivas. No representa de ninguna manera un procedimiento, se descubre y se vive con todos los gajes de la vida: desánimo, alegrías, satisfacción, estancamiento, adversidad, agresividad, tranquilidad, ánimo. Obliga a preguntarse por las condiciones indispensables para su realización.

tido literal de la palabra. Simplemente la edad es una de las informaciones más fundamentales, sitúa de entrada a cualquiera en su trayectoria de vida. Una mujer que tiene un aborto a los 18, 20, 25, 35 o 40 años vive un acontecimiento cuyos orígenes son de naturaleza totalmente diferente, así como sus incidencias y sus efectos.

Situar a los demás y situarse a sí mismo como persona que ejerce una función curativa, es buscar aquello que implica la función delegada por los usuarios de cuidados para actuar de forma complementaria con lo que ellos todavía no saben hacer, no pueden hacer, ya no pueden hacer, o bien pueden hacer con apoyo y ayuda.

Los cuidadores obtienen su poder de los usuarios de cuidados, esta realidad fundamental se ha olvidado demasiado por una y otra partes. Hay que buscar una complementariedad, ¿cuál? ¿Respecto a qué? ¿Por qué y en qué es necesaria? ¿Cómo? ¿Cualquiera que esté próximo a la persona puede proporcionarla? Esto supone descubrir cuál es el problema y en qué estadio de gravedad se manifiesta (lo que es menos evidente de lo que se podría creer).

Toda situación planteada al cuidar es el encuentro de una persona que vive una enfermedad, un defecto físico, o que tiene una dificultad que puede tener efectos sobre su salud. Son entonces los usuarios de cuidados, sus familias, los que tienen todos los elementos fundamentales de la situación, *son la primera fuente de conocimientos*, no sólo por lo que ellos dicen sino por todo lo que podemos captar de lo que nos dejan entrever a través de la expresión no verbal: “el lenguaje silencioso”, es el lenguaje del cuerpo, de la mirada, del rostro, de la postura, del vestido, del medio. No es cuestión en ningún momento de investigar en sí tal o cual aspecto, sino de captar los signos y las relaciones que existen entre ellos para comprender y explicar lo que las personas intentan comunicarnos, lo que les preocupa, lo que les plantea un problema.

Los usuarios de cuidados, los pacientes, sus familias, son los que tienen *el hilo conductor* que sirve para guiarnos. Igual que la etnóloga Yvonne Verdier, sabemos qué es lo que puede conducirnos, “no es tanto un método como una voluntad de tomarles la palabra; su discurso tiene sus razones, pero estas razones no se pueden descubrir aplicando una clave exterior, y lo que alcanzamos al vuelo durante conversaciones y preguntas más pensadas toma forma y da muestras de su lógica y de su coherencia en una lenta remontada, palabra a palabra, hasta el fondo de lo que se piensa. Allí se encuentra mezclado lo que nos agita a todos, el amor, la muerte, el trabajo, el destino, la vida. En sus palabras (ellos), tienen la inteligencia de su propia realidad y el don de transmitirla”.¹¹

UN ENFOQUE ANTROPOBIOLÓGICO

Toda situación planteada al cuidar es una *situación antropológica*, es decir que afecta al hombre dentro de su medio, tejido con todo tipo de relaciones simbólicas; por eso el *enfoque antropológico** parece ser el camino mejor adaptado para descubrir a las personas que son cuidadas y hacer significativas las informaciones que dan. Como muestra Yvonne Verdier, las informaciones escapan al vuelo durante cualquier conversación y encuentro, o pueden ser objeto de preguntas más pensadas. Esto es exactamente lo que ocurre en las situaciones planteadas al cuidar, donde todo tipo de informaciones pueden rebuscarse a lo largo de distintas actividades, abriendo una vía a la posibilidad de recoger otras informaciones de manera más deliberada.

Esta forma deliberada llega a realizarse con frecuencia de dos maneras: *por interrogatorio no dirigido*, es decir, por una conversación donde el cuidador deja que le llegue todo lo que expresa la persona cuidada, siguiendo las pistas que da. Claro que hay una dirección, pero ésta es la que deja aparecer la persona cuidada, la que ella pone de manifiesto. La otra manera es la del *interrogatorio dirigido* centrado o incluso el *interrogatorio guiado por una problemática determinada* a partir de lo obtenido en el interrogatorio no dirigido. Esta forma tiene por objeto profundizar con la persona cuidada en un aspecto evidenciado y que le plantea un problema. El interrogatorio dirigido o no puede ser utilizado de forma alternativa o complementaria; es el hilo conductor descubierto dentro de la situación guiada.

Pongamos por ejemplo a una persona de edad avanzada que le pide a una enfermera del sector psiquiátrico cambiar de vivienda. Envía un hilo conductor: una preocupación por su vivienda. Aparentemente hace una demanda explícita: cambiar de vivienda. De hecho, no hay nada de malo en ello. Para intentar descubrir su preocupación real, el interrogatorio dirigido permitirá descubrir qué le plantea un problema y, a partir de ahí, una solución más apropiada. ¿Qué ocurre en realidad: es una escalera que no puede bajar? ¿Ya no hay vecinos? ¿Es un autobús que no puede tomar? ¿Un jardín que no puede cuidar? ¿Es una casa demasiado grande donde ya sólo ocupa la planta baja, pero que todavía le gusta mucho? Se puede imaginar cualquier cosa, pero sólo investigando con ella y a partir de lo que nos diga de su casa será posible descubrir con ella a qué le da más importancia para encontrar una solución cuyos pros y contras debemos afrontar junto a ella.

* El enfoque antropológico adquiere toda su dimensión en el domicilio donde se tiene la posibilidad de percibir directamente el medio de vida. Sin embargo, esto supone aprender a no juzgarlo sino a comprender su expresión simbólica.

La orientación antropológica es un *enfoque global* que vuelve a situar a las personas en su contexto, intentando comprenderlo respecto a las costumbres, los hábitos de vida, las creencias, los valores, y centrar el impacto de la enfermedad y los daños relacionados con ella respecto a este contexto. Ocurre exactamente lo mismo en cualquier otra situación donde el personal sanitario tiene la misión de aconsejar o de dar educación sanitaria. Si el que entra en una situación proyecta en ella sus conocimientos y su saber antes de dejarse llegar las informaciones y los datos, confiere a la situación de todo lo que le es propio, sin tener ninguna referencia para saber si lo propuesto es compatible o no, adecuado o inadecuado. Así, dar consejos alimentarios o de higiene a una madre o a un enfermo, sin conocer sus hábitos alimentarios, sus gustos, sus recursos económicos, es una conducta casi siempre inadaptada.

El enfoque global consiste en comprender que el hilo conductor no está hecho de una sola hebra. La madeja de la vida la tejen muchos hilos, todos ellos portadores de un simbolismo, de los cuales ningún aspecto podría estar aislado; por eso, el enfoque antropológico no puede ser suficiente. Se amplía con el *discurrir antropológico*, que intenta reconocer el juego de las fuerzas presentes que se tienen que enfrentar en una misma dialéctica: fuerzas de vida y fuerzas de muerte. Ocuparse sólo de la enfermedad puede acallar las fuerzas de vida si no se tiene cuidado, si se le trata sin tener cuidado de no dejar morir todo lo que mueve a la persona afectada por esta enfermedad.

Pondremos por ejemplo a un señor diabético, consejero general en una región rural, éste le hacía a la enfermera la recomendación de seguir su régimen al pie de la letra y se desesperaba al ver que no lo respetaba: “Pero bueno, ¿quiere usted que me muera?” De hecho, mientras ella cuidaba tanto la integridad de ese régimen con sentido por la diabetes y sus complicaciones, no se daba cuenta que ponía entre paréntesis a este señor, con todas sus obligaciones sociales, entre otras, la de ser invitado con frecuencia a mediodía. El régimen estricto implicaba la “muerte” de toda su vida social y sus actividades cívicas. Juntos, debían encontrar un término medio donde la salvaguarda de la evolución del diabético no condenase a la muerte social a este señor quien, entre otras ocupaciones, debía hacer frente a todo un conjunto de actividades sociales teniendo siempre en cuenta su diabetes. En lugar de partir de la aplicación de un régimen estricto donde toda su vida perdiera sentido, fue necesario buscar la forma de ajustar las obligaciones sociales y la diabetes (control más frecuente de la glucosa, modificación de las dosis de insulina en función de las comidas, intentar equilibrar la dieta por la noche, etc.).

De lo que aquí se trata es de descifrar todo el simbolismo que puede parecer una broma banal: “¿Quiere que me muera?”, broma no tan rara. Es importante encontrar qué es lo que se está muriendo en cada uno y cómo algunos tipos de cuidados ciegamente aplicados pueden matar aquello estimulante de vida.

Ver, escuchar, recoger informaciones, no puede permitir por sí solo descubrir lo que decidirá si se necesitan cuidados de enfermería, y cuáles serán estos cuidados, sin un proceso de dilucidación.

PROCESO DE DILUCIDACIÓN

Cualquier persona que se enfrenta a un problema de salud deja percibir numerosos signos indicativos de sus preocupaciones o aquellos donde se le plantea un problema. Proporciona por sí misma un gran número de informaciones, mucho más de lo que se podría creer si se está atento y si uno se esfuerza en buscar a través de lo que deja entrever y comunica, indicaciones o hilos conductores a través de los cuales se permite aclarar la situación. Sin embargo, hay dos dificultades que obstaculizan con frecuencia la acción de los cuidadores: *la confusión del problema con los signos del problema*, y *la dispersión de las informaciones*, ambas dificultades se refuerzan mutuamente.

INTERPELACIÓN DE LOS SIGNOS

Tanto los signos de una dificultad como los signos de un problema son las manifestaciones de esta dificultad o de este problema, no *son el problema*. Por el contrario, si aprendemos a leerlos, a descifrarlos y a enlazarlos, son como pequeños destellos intermitentes que van a permitir circunscribir poco a poco el problema; ahora bien, la mayoría de las veces son tomados por el problema, ya que son considerados de manera aislada y no son descifrados.

Aunque sean signos físicos, psíquicos o afectivos, ningún signo en sí es significativo aisladamente. Un signo sólo tiene sentido si se le considera como una manifestación, un efecto del problema y si sirve para aclarar su comprensión. Niños, tanto franceses como extranjeros, han podido ser catalogados como niños autistas porque no han adquirido la expresión verbal del lenguaje. No hablar, hablar mal, tartamudear, no son “el problema”, son signos indicativos de uno o de varios problemas cuyas raíces hay que encontrar: la aculturación, el aislamiento de los padres, la falta de comunicación con el niño, el traslado frecuente de domicilio, el desamparo social y afectivo de la madre, etcétera.

La focalización sobre un signo aislado y su elevación a la categoría de problema traen consigo consecuencias fatales, retrasan y con frecuencia dificultan definitivamente la identificación del problema y, por lo tanto, los intentos de resolverlo o compensarlo.

Los signos están ahí para llamarnos, para mover nuestra mirada, nuestros oídos, nuestra atención, nuestra reflexión. Son puntos de referencia fundamentales que sirven para dilucidar el problema o los problemas, pero esto sólo puede hacerse si las informaciones no quedan esparcidas, dispersas.

REAGRUPAMIENTO, ORGANIZACIÓN E INTERROGACIÓN SOBRE EL SIGNIFICADO DE LAS INFORMACIONES

Si las informaciones permanecen dispersas, sin relaciones entre ellas, rápidamente son objeto de una generalización como “ah sí, esta señora tiene una hemiplejía”, pero ¿qué significan los cuidados de “una hemiplejía”, o de “una hemipléjica”? ¿Quién es esta persona que vive una hemiplejía? ¿Qué daños funcionales, motores, de evacuación, de conciencia tiene en relación a su edad, a su anterior forma de ocuparse de sus actividades o de sus intereses?

Descubrir es buscar el sentido de lo que se ha percibido, entendido, y esto sólo puede hacerse si las informaciones son reagrupadas y analizadas a la luz de los conocimientos que tienen por objeto hacerlas significativas. La dilucidación permite comprender lo que enseñan las informaciones para identificar los problemas planteados por la enfermedad o el defecto físico, circunscribir su naturaleza, así como los factores que pueden influir en ellos favorable o desfavorablemente.

Es el análisis de la situación el que permite la dilucidación, es decir, un trámite de reflexión que consiste en movilizar la información, encontrar las relaciones, descifrar los signos apoyándose en los hechos, preguntando opiniones y buscando en qué se basan las interpretaciones. Este análisis es el fruto de un trabajo de grupo, de un trabajo de equipo, pero cuando se practica, se convierte en una forma constante de trabajar.

Para hacerse más significativas, las informaciones tienen necesidad de ser reagrupadas. Una forma evocadora de reagruparlas consiste en hacerlo alrededor de los tres polos que constituyen el tríptico de toda situación en cuidados de enfermería, ya que a partir de aquí estarán situadas las competencias de la enfermería. Estos tres polos* son:

* Ver el instrumento de análisis de la situación, anexo p. 338. Es una forma de visualización sencilla que permite poner en relación los elementos, evita el escollo de no considerar más que un aspecto aisladamente, facilita el análisis movilizándolo constantemente elementos de la información.

- lo que se refiere a la persona cuidada;
- lo que se refiere a su entorno y su medio;
- lo que se refiere a su enfermedad* y a los daños que ésta ocasiona, ya que son estos daños (motores, visuales, respiratorios, psíquicos, afectivos, etc.) los que amputan la autonomía y hacen a la persona dependiente de todos estos tipos de cuidados habituales.

Agrupándolas en torno a estos tres polos, las informaciones se hacen más expresivas, más vivas: se movilizan, preguntan, ponen en evidencia áreas imprecisas como un insuficiente conocimiento del diagnóstico, una falta de información relativa a la localización exacta de una afección de la motricidad o incluso áreas de interés, como las ocupaciones de la persona en relación con la naturaleza de la enfermedad, de su defecto físico.

La disposición en tríptico permite constatar visualmente las relaciones existentes entre cada polo y sus influencias recíprocas, tomando como hilo conductor aquello que plantea el problema. A partir de las relaciones de estos tres polos se puede identificar la naturaleza del problema o de los problemas susceptibles de necesitar cuidados de enfermería.

IDENTIFICACIÓN DE LA NATURALEZA DE LOS PROBLEMAS QUE JUSTIFICAN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Ya sea con respecto a una enfermedad, a un defecto físico o a una dificultad, es necesario precisar la naturaleza de los problemas en términos de *funcionalidad*, pero esta forma única de estimación es insuficiente ya que la funcionalidad está influida en sí misma por el *sentimiento*.

La funcionalidad

Por *funcionalidad* hay que entender la capacidad que tiene o no una persona, una familia o un grupo de “funcionar”, es decir de actuar por sí mismo para garantizar la respuesta a una necesidad que afecta a su vida.

De hecho, una persona o una familia no necesita ayuda, no necesita cuidados cuando puede o cuando sabe “funcionar”, actuar por sí misma. La necesidad de ayuda se hace necesaria cuando hay un funcionamiento insuficiente, un disfuncionamiento, un malfuncionamiento o un no funcionamiento, lo que hace pensar qué es lo que obstaculiza, lo que impide funcionar en tal o cual situación, en relación con las condiciones de existencia, las formas de vida.

* El polo de la “enfermedad” se convierte en una “preocupación”, en “dificultades” en todas las situaciones de prevención (en el sentido más amplio). Como en el PMI, en salud escolar.

La funcionalidad puede evaluarse en términos de poder; de poder parcialmente, de no poder hacer alguna cosa.*

Puede referirse al *funcionamiento de los sentidos*: disminución de la vista, de la agudeza auditiva, de la percepción táctil, etc.; o estar relacionado con un daño o la pérdida de una *función orgánica*: función de motricidad, de evacuación, del habla, etcétera.

Así, una persona deja de poder vestirse, de levantarse solo, tras un daño en la función motora debido a una hemiplejía. Podemos evaluar la naturaleza del problema planteado en función del daño de la motricidad, especificando:

- lo que la persona *puede* hacer sola;
- lo que la persona *puede* hacer con ayuda;
- lo que la persona ya *no puede* hacer,**

y ¿durante cuánto tiempo?

Esto nos lleva a pensar qué tipo de ayuda se debe prestar para compensar el disfuncionamiento (persona, instrumento, objeto familiar, etc.).

Esto concierne por igual a un *daño o a la pérdida de una función psíquica o social* determinada en una situación de crisis, que pone a la persona en una situación de estrés.

Así ocurre con la pérdida de un ser querido, por separación, por muerte; pérdida del trabajo, del salario; pérdida de un objeto familiar, de un sitio para vivir, pérdida de su cultura teniendo que iniciarse en otras costumbres, lo que amenaza el principio de identidad, la necesidad de pertenencia.

Todo tipo de pérdida, de duelo, lleva consigo cambios en los papeles sociales, provoca procesos de desadaptación que, si no se compensan, generan disfuncionamientos que revestirán por sí mismos formas somáticas, mentales, sociales, etcétera.

La funcionalidad también puede evaluarse en términos de saber: de conocer, o de saber hacer algo. En efecto, existe de igual manera un disfuncionamiento, malfuncionamiento o falta de funcionamiento cuando no se sabe hacer algo, cuando no se ha aprendido a hacerlo, cuando no se ve o uno no se imagina cómo hacerlo o cuando no se sabe qué hay que hacer. La falta de dominio del saber en una situación es la causante de todo tipo de estrés.

*Análisis de situación y análisis de problemas de cuidados de enfermería, ver anexo, pp. 638 y 639.

** Ver anexo p. 338.

Si intentamos diferenciar en una situación:

- lo que la persona *sabe* hacer sola;
- lo que *sabe* hacer con ayuda;
- lo que *no sabe* hacer, ¿por qué?

somos capaces de descubrir que muchas personas no “pueden” porque no saben.

Pero, contrario a lo que a menudo se cree o a lo que se quiere creer, la funcionalidad no lo es todo, está influida por el *sentimiento*, es decir por el afecto, el impacto emocional, la resonancia, la repercusión que experimenta cada persona ante una situación dada.

El sentimiento

Las motivaciones, las aspiraciones, los intereses desempeñan un papel motor o inhibitor tanto del lado del cuidado como del cuidador. Sus afectos se manifiestan en todo tipo de reacciones de pasividad, de cansancio, de resistencia, de agresividad, de violencia, de alegría, de satisfacción, de temor, de rechazo, etc. Estas reacciones no sólo son la expresión de una dificultad de funcionamiento o de una aptitud en la que hay que sobresalir, no son únicamente lo propio de la extensión de un saber y de una capacidad intelectual que hay que utilizar, sino que tienen profundas raíces en la experiencia de vida de las personas, en la forma en que se ha tejido la trama de su existencia, las crisis que han tenido y su posibilidad o no de superación, todo ello inserto en su mundo cultural donde las costumbres y las creencias influyen en las conductas y los comportamientos.

El sentimiento o el afecto están ligados a cualquier situación de la vida, y según como se vivan las costumbres o la impregnación de las creencias, movilizan o inhiben a la persona. Así, el sentimiento de la transformación de la imagen del cuerpo de la mujer durante el embarazo podrá ser fuente de satisfacción y de atractivo en las sociedades que valoran la fecundidad, mientras que la mujer estéril es objeto de oprobio. Por el contrario, esta transformación de la imagen del cuerpo de la mujer encinta puede ser vivida como una fuente de frustración, o incluso de mutilación, en una sociedad donde el cuerpo de la mujer debe parecerse al perfil masculino y pedir perdón por experimentar “la deformación” del embarazo.

El *sentimiento* no tiene necesariamente una única orientación, la de un deseo o un no deseo. *Se sitúa la mayoría de las veces en la encrucijada de un deseo y de un contradeseo*: el deseo de que ocurra una cosa y al mismo tiempo de que no ocurra. Esta situación es muy desconcertante para los

cuidadores, ya que se nos ha enseñado que una cosa es o no es, no que los fenómenos de la vida están en el punto de unión de fuerzas contrarias que se buscan constantemente. Así, por ejemplo, un señor que funcionalmente podría levantarse y sentarse en un sillón, cosa que dice desear, pero que evita a toda costa. ¿Cuál es su contradeseo? ¿De qué tiene miedo, qué significa para él empezar a levantarse? ¿Cómo liberar la expresión del contradeseo para permitir la realización del deseo? De hecho, deseo y contradeseo son los dos extremos de un mismo hilo conductor. Tomar uno u otro cabo aislada o alternativamente terminará la mayoría de las veces en una vía sin salida. Aprendiendo a comprender y a servirse de ambos extremos es posible ver más claro y buscar con la persona aquello que exige ser tenido en cuenta.

El afecto, si no se llega a comprender, es con frecuencia el causante del disfuncionamiento, del inmovilismo o de todo tipo de resistencias que no llegan a liberarse. Un problema puede encontrar aparentemente, con mayor o menor rapidez, una solución si no se considera más que el aspecto funcional y la ayuda que hay que aportar para compensar la pérdida de autonomía o para permitir que ésta se adquiera. Sin embargo, todo dependerá de la manera de vivirlo del afectado, de su entorno y también de la resonancia que tenga entre los que lo comparten. La persona que vive una situación la siente de manera diferente de como la percibe, y de la que está llamada a intervenir por vía profesional. De ahí la importancia para el personal de enfermería, de poder experimentar diferentes sentimientos que sobreviven en las situaciones planteadas al cuidar, y comprender la repercusión y los efectos que tiene la interacción personas cuidadas-cuidadores.

No tener en cuenta la funcionalidad y el sentimiento, o seguir separándolos, es incurrir en graves daños, ya que se corre el riesgo de ignorar todo aquello que moviliza al hombre y le hace *reaccionar* ante todo lo que es, lo que quiere o no quiere conocer, lo que quiere o no quiere vivir.

Esta estimación de la funcionalidad a partir de los datos de una situación y respeto a los deseos y aspiraciones de las personas permite dejar de juzgar, en función de la ley del todo o nada que, además de los “cuidados técnicos”, ha guiado con tanta frecuencia, sin saberlo, al personal de enfermería. Dejadas a la apreciación arbitraria del rol moral, de la conciencia, de la simpatía o del tiempo que dispongan, las enfermeras han llegado a hacerse cargo de las personas, protegiéndolas, asistiéndolas, o bien “dejándolas hacerse cargo”, o simplemente abandonándolas a sí mismas o al desconcierto de su familia, sin valorar cuál era el origen de su impedimento, de sus dificultades, ni distinguir lo que son realmente capaces de hacer por sí mismas. Así, al no distinguir la naturaleza de las

dificultades, con frecuencia se les atribuye a las personas mala voluntad, poca disposición o simplemente una falta de voluntad, pero analizándolo más despacio, podemos ver que las personas no quieren aquello que no pueden. ¿Pero pueden lo que no saben? Y si saben, ¿este hecho cómo moviliza o llega a oponerse a sus aspiraciones, sus deseos? Todo esto es, por otra parte, igual de cierto para los cuidadores.

INTERÉS DE LA IDENTIFICACIÓN DE LA NATURALEZA DE LOS PROBLEMAS QUE JUSTIFICAN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Esta forma de considerar (*assessment*) la naturaleza de los problemas planteados a partir de lo que se aprende a conocer de la persona que es cuidada con respecto a la naturaleza del daño causado por la enfermedad o con respecto al defecto físico con el que se enfrenta, necesita *instrumentos sencillos* que permitan reajustar constantemente la información, reorganizarla, completarla a medida que los datos se aclaran.

Evita toda investigación sistemática y exhaustiva y centra la información en recoger y dilucidar todo *lo referente a la problemática que se desprende de la situación y de los factores* que influyen en ella.

Requiere, tanto por parte de los cuidadores como de los usuarios de cuidados, una gestión creativa que parta de descubrir qué supone un problema para una persona, para una familia, aprendiendo a reconocer *los elementos indicadores* y a encontrar el sentido que tienen. Estos elementos indicadores son de tres tipos: los que se refieren a la *persona*; los que se refieren a su *medio*, permitiendo así comprender y saber utilizar lo que la sitúa en su trayectoria de vida, en su tipo de vida, en su medio de vida; y los que se refieren al *daño* causado por la enfermedad o defecto físico, o bien, la dificultad que tiene.

A partir de estos elementos indicadores se desprende un abanico de autonomías que hay que mantener o aumentar, así como áreas de dependencia que hay que compensar, permitiendo deducir qué cuidados de enfermería hay que procurar: cuidados para el mantenimiento de la vida a los que se pueden añadir los cuidados de curación, de tratamiento.

Como base del proyecto de cuidados, los elementos indicadores que sirven para determinar los cuidados de enfermería necesarios para suplir la dependencia y desarrollar la autonomía de las personas que son cuidadas, son también los signos que permiten evaluar la puesta en práctica y el cumplimiento del proyecto de cuidados. Permiten situar con gran exactitud de dónde hemos partido, lo que creemos poder alcanzar, lo que se ha podido alcanzar realmente, o lo que no ha podido ser. Son la

base del balance de la situación entre dos periodos dados y permiten medir con precisión la evolución, bien en el sentido de regresión o de progresión, y preguntarse por sus razones.

Estos elementos indicadores resultantes del análisis de la situación son también los que constituyen la base de la argumentación de la acción de la enfermería dentro de una acción concertada, bien sea junto a los médicos, otros trabajadores sanitarios, trabajadores sociales o profesores. Actualmente es posible poner más de un ejemplo de que la estimación de las dificultades sanitarias que hay que remontar, y los problemas que hay que compensar, realizada a partir de una exactitud rigurosa en cuanto a los elementos indicadores de la autonomía que hay que obtener, de la dependencia que hay que compensar o superar, permite no sólo una verdadera explicación de la acción de la enfermería, valorándola, sino que constituye una base irremplazable para asegurar una concertación y complementariedad con otras personas afectadas. Una prueba tangible la constituye, entre otras, el ejemplo de los niños disminuidos físicamente. Poder especificar al profesorado: directores de escuelas maternas, maestros, etc., lo que un niño disminuido físicamente puede hacer solo, lo que puede hacer con ayuda de alguien, lo que no puede hacer de ninguna manera según la naturaleza de su defecto físico y los daños funcionales, psicoafectivos o de otro tipo que lleva consigo, permite al niño con frecuencia poder formar parte de una clase "normal".* Sin embargo, incluso aquí esta valoración no puede limitarse sólo a la funcionalidad, implica dilucidar el sentimiento, entre otras cosas con la expresión de los miedos, de los temores que pueden suscitar el defecto físico: miedo de no saber llevarlo, miedo de hacer daño, miedo de la deformidad, y también la expresión del deseo de proteger, las ganas de ser útil. Las personas implicadas en su cuidado necesitan también comprender y explicar lo que pueden hacer solas, lo que pueden hacer con ayuda, lo que no piensan poder hacer, o lo que no ven cómo hacer. En una conversación es donde se pueden encontrar estos datos y es en donde la concertación y la complementariedad toman todo su sentido.

Por último, los elementos indicadores que sirven para determinar los cuidados de enfermería necesarios pueden constituir *la base de un acuerdo con la persona cuidada y su familia*, y permitirles saber y comprender lo que pueden esperar de la acción de la enfermería respecto al daño funcional que hay que compensar, la autonomía que hay que mantener en función del defecto físico, de la enfermedad o de tal dificultad que hay que resolver. Esto permite también aclarar los límites de la acción de la

* Ver un ejemplo de la situación de un niño disminuido físicamente, anexo pp. 337-338.

enfermería explicándolos, dilucidando las razones que los motivan dentro de la interrelación con la acción persona cuidada-cuidador-entorno. En muchas circunstancias, la dilucidación de los cuidados que hay que poner en práctica y su razón de ser pueden hacerse directamente con la persona que es cuidada y/o con su familia: hay una verdadera concertación y participación, todos se sienten miembros de un mismo proyecto con funciones complementarias y con un rol diferente.*

Además, una forma de considerar los cuidados, basada en la problemática creada a partir de los elementos indicadores de la situación, permite clarificar respecto a la *función de cuidar*, y constituye igualmente una de las bases fundamentales de la *gestión de cuidados*. Es en efecto, a partir del análisis de la situación que pone en evidencia la identificación de los problemas de salud, que es posible justificar la naturaleza de los cuidados de enfermería, el tiempo que requieren, no sólo para su realización sino para su preparación: tiempo de escucha, tiempo de explicación, tiempo de prueba de tal o cual ayuda, tiempo de conversación con la familia... tiempo cuya medida es esencialmente el grado de dependencia de las personas cuidadas. En función de la naturaleza de los problemas y de su frecuencia, se puede valorar la dotación del personal, establecer un perfil del tiempo de las actividades de cuidados, su reparto, aclarar las que están cubiertas por un financiamiento y las que no lo están con el fin de obtenerlo.

Esta forma de considerar los cuidados es también una fuente inagotable de datos para la investigación epidemiológica (en el más amplio sentido de la palabra) que convierte a las enfermeras, así como a los usuarios de cuidados, en actores directos de esta investigación.

PROYECTO Y PUESTA EN PRÁCTICA DE LA ACCIÓN DE LA ENFERMERÍA

Cuidar es movilizar todo lo que vive dentro de cada persona, todo lo que lleva vida, toda su vitalidad, su "*vital power*" como le gustaba decir a Florence Nightingale, es decir, todo su potencial de vida y también toda la vida que tiene en potencia que necesita desarrollarse como en un niño, o toda la vida que sigue estando en potencia incluso en el umbral de la muerte, no para prolongarla a toda costa, sino para buscar que la pueda

* Muchas enfermeras de cuidados a domicilio que trabajan en equipos de cuidados realizan esto, efectivamente. Algunas han llegado a iniciar a las familias y a todas las personas implicadas en los cuidados: médicos, ayudantes domésticos, a tener un cuaderno de cuidados en casa de la persona cuidada.

valorar todavía la persona, como la mirada a un ser querido, la mano que todavía quiere tocar.

Poner en práctica la acción cuidadora es, por lo tanto, movilizar todo aquello que la persona puede hacer por sí misma o con ayuda, a partir del análisis que muestra todo lo que existe como capacidad vital y lo que se tiene que compensar, todo ello con relación al estadio de su vida, así como de todo aquello que la obstaculiza o le pone trabas. La elaboración del proyecto de cuidados se realiza en torno a esa movilización de fuerzas de vida y del tipo de ayuda que hay que poner en práctica para asegurarla.

REFLEXIÓN SOBRE EL TIPO DE AYUDA

La ayuda es una compensación a una capacidad defectuosa o a una incapacidad parcial o total, temporal o definitiva, en uno o varios aspectos. Esta compensación es indispensable en toda actividad de la vida que ni la persona ni la familia pueden suplir; en este caso se necesitan cuidados *para el mantenimiento de la vida*. Esta ayuda puede ser insuficiente y necesitar completarse con un tratamiento, estos son *los cuidados de curación*. El tratamiento sólo tiene sentido si actúa de forma complementaria con los cuidados para el mantenimiento de la vida, no sustituyéndolos ni remplazándolos.

La variedad de *los cuidados para el mantenimiento de la vida* es inmensa y moviliza realmente todas las capacidades de la enfermera, ya que la compensación que tiene que proporcionar le obliga a buscar constantemente aquello que tendrá sentido respecto a lo que se conoce de la situación y a su evolución.

La naturaleza del tipo o tipos de problemas es la que conduce al tipo de ayuda, la que justifica la razón y forma de darla, y deja presumir su duración. Esta ayuda puede ser de una persona o un objeto.

La ayuda aportada por una persona puede proceder de la enfermera, pero también proceder de otra persona, como un miembro de la familia, con la ayuda de la enfermera. Así, graves enfermos crónicos pueden ser aseados por un miembro de su familia, pero tal vez sea deseable que estos cuidados sean hechos por una enfermera una o dos veces por semana para suplir a la familia y permitirle tener la posibilidad de recobrar las fuerzas, el valor de recuperar su propia energía vital.

Los objetos también sirven de ayuda, objetos personales, vestidos, objetos caros, objetos prácticos, y también el mobiliario y su disposición en el espacio. Junto a los objetos habituales se añaden todo tipo de objetos de compensación, denominados a menudo en Francia "*gadgets*", cuya

utilidad puede ser vital. Poder pensar en su uso exige conocerlos, verlos y aprender a servirse de ellos.*

Los *cuidados de curación* proporcionados por el tratamiento representan el tipo de ayuda que compensa la enfermedad y sus efectos. Sólo tienen sentido realmente si se reintegran en el conjunto de las posibilidades elegidas para volver a movilizar las capacidades de vida, no para sustituirlas, asfixiarlas o disminuirlas. Por otra parte, y en relación con el resto de cuidados que pueden hacer efecto, las enfermeras que se ocupan de los enfermos graves comatosos saben bien que no sólo el tratamiento les permitirá salir del coma, sino también todos los cuidados de comunicación no verbal y verbal que movilizan sus sentidos y vuelven a estimular su sensibilidad física y afectiva.

SITUAR EL PROYECTO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TIEMPO Y EN EL ESPACIO

Un proyecto de cuidados de enfermería y su puesta en práctica exige ser situado en el tiempo y en el espacio bien sea por su duración, la frecuencia de los cuidados, el momento en que hay que darlos, o bien por el lugar donde se desarrolla la acción de cuidar. Estos dos parámetros, tiempo y espacio, desempeñan un papel determinante en esta acción, tanto en relación con las personas cuidadas como con los cuidadores.

El tiempo

Es importante intentar determinar de entrada las indicaciones de la duración del proyecto de cuidados de enfermería o de la acción sanitaria para prever el final de una relación, facilitar la desimplicación progresiva y no correr el riesgo de prolongar a voluntad una acción sanitaria. La previsión de la duración permite también conocer razones para un reajuste, bien para prolongar la acción o bien para rescindirla. Cualquier acción sin hilo conductor surgido de la situación y no inserto en un tiempo determinado, se diluye. Esta es una de las razones del desánimo de los trabajadores sanitarios y de los trabajadores sociales que rara vez pueden evaluar lo que han realizado de otra manera que no sea en el número de las tareas, de los actos-de-cuidar, de las consultas, de las visitas realizadas,

* Aunque en Francia todavía no son muy populares los aparatos de “ayuda técnica”, en la actualidad existen muchos fabricantes que se interesan por lo que puede dar autonomía a los enfermos y los disminuidos físicos o reducir considerablemente su dependencia con estas ayudas técnicas que sirven para compensar diversos *handicaps*, los que tienen que ver con la motricidad, la comunicación...

etc., sin partir de los elementos determinados en estas situaciones que guían la acción en el tiempo y muestran cómo se utiliza el tiempo, y también cómo actúa por sí mismo en la situación, como nos recuerda el refrán “dejar tiempo al tiempo”, “el tiempo hace su obra”.

El espacio

El tiempo en sí no será vivido de la misma forma en distintos espacios. El tiempo y el espacio tejen conjuntamente su cadena y su trama. El espacio¹² de la acción curativa es, junto con el tiempo, el componente mayor de esta acción, tanto respecto a los usuarios de los cuidados como a los que cuidan. Un espacio que es familiar para unos puede ser dudoso para otros, como ocurre con el espacio hospitalario, un mundo conocido para los que cuidan, pero misterioso y muchas veces “inhospitalario” para los enfermos y sus familias. Y a la inversa, en casa, son las enfermeras las que se tienen que familiarizar con el medio de vida del enfermo, lo que no siempre es fácil y exige una gran capacidad de adaptación. Además de esta necesidad indispensable para las dos partes de la acción curativa, como es aprender a conocer el medio donde se desarrolla esta acción para no sentirse extraño, para estar a gusto, muchas situaciones pueden necesitar el estudio de todas las posibilidades que puede ofrecer el espacio para favorecer la acción curativa, e incluso será con frecuencia un factor fundamental. La colocación de la cama en una habitación, el sitio de una ventana, el lugar de la televisión, de un sillón, o de una mesa puede determinar la movilización o la inmovilización de todo tipo de facultades, de intereses, o la facilitación o el alejamiento de las relaciones sociales.

A través del espacio ponemos en movimiento nuestro universo: la inmovilización en un sillón o en una cama reduce o detiene este movimiento, ¿cómo compensarlo? Está en juego todo un aspecto de la acción curativa, ya que la vida es movimiento. Pero las personas y los objetos son también portadores de símbolos dentro del espacio. Abandonar su espacio tras una hospitalización es abandonar todos los rituales, todos sus simbolismos, para sumergirse en otros rituales sin haber sido iniciados en ellos. Un aspecto de la acción curativa es descifrar los simbolismos del espacio de los usuarios de los cuidados para ver con ellos cómo reajustarlos cuando la situación así lo exija —como instalar una cama en un cuarto de estar— o cómo se puede crear un espacio favorable para la acción curativa, para el descanso del enfermo en el hospital, de modo que el espacio no sea incompatible con las alteraciones causadas por la enfermedad como ocurre a menudo, por ejemplo, una mesita de noche colocada a la derecha de la cama de un enfermo con una hemiplejía derecha.

Poder transmitido por los cuidados de enfermería: la clave de su evaluación

Podría parecer curioso o incluso insólito preguntarse por el poder de los cuidados de enfermería cuando, hasta ahora, se ha considerado que cuidar es la aportación de una ayuda sin por ello identificar forzosamente la naturaleza de esta ayuda, su razón de ser, sus consecuencias, su justificación, sin cuestionar el significado de esta ayuda para el que la requiere y para quien la ofrece, favoreciéndose este último del aura de la beneficencia, del bien fundado de lo que propone (o de lo que impone), mientras que quien la recibe debe supuestamente aceptar lo que se le propone como un favor, puesto que lo necesita, tiene la necesidad de recurrir a alguien. O incluso la ayuda se reviste de un carácter de neutralidad, de asepsia que hace suponer que está fuera de todo factor de influencia. Cómo podría ocurrir esto con un servicio que ya no tiene el carácter de un valor de uso, que tiene dimensiones sociales, económicas y políticas, y lo que es más, está directamente relacionado con alternativas relativas a la vida y a la muerte y con las consecuencias que traen consigo para las personas y los grupos implicados, así como para las orientaciones de la sociedad que involucran.

Sin duda puede parecer osado mencionar el poder de los cuidados en una época donde nos bombardean dos ideologías que parecen excluirse: “la conquista del poder” para unos y “la negación del poder” para otros. De hecho, podríamos preguntarnos si estas dos ideologías no se estimulan mutuamente.

Pero, detengámonos un momento en el sentido de la palabra poder en relación con cuidar.

“PODER” EN RELACIÓN CON “CUIDAR”

Actualmente, la connotación más habitual de la palabra poder es “tener derecho sobre”, lo que explica las dos ideologías mencionadas anteriormente: la que magnifica la conquista del poder, para afirmarse, valorarse, intentar conseguir una identidad buscada, y la que afirma un miedo al poder que en la memoria colectiva tiene la marca de la opresión, la usurpación, de la sustitución del otro, y es también testigo de una profunda inseguridad, de un sentimiento de empequeñecimiento, de no valoración.

Todo conocimiento del proceso de la vida y de la muerte nos enseña que “la vida es una organización contra la muerte”,¹³ que no hay vida sin movilización constante de las fuerzas de poder. *No hay existencia sin poder. El interrogante trata por lo tanto, de lo que nos permite existir y vivir.*

Sin embargo, la vida no se realiza sin una relación de reciprocidad; esto quiere decir que lo que le permite a una persona, a un grupo existir no es forzosamente compatible ni adecuado para la existencia de otra persona u otro grupo.

Originalmente, el sentir inicial de la palabra poder significa “*ser capaz de*”. Poder, es dar prueba de aptitud, de capacidad. Desde nuestra infancia, todos hemos desarrollado un conjunto de capacidades que hace que seamos capaces de gritar, de respirar, de alimentarnos, de sonreír, de reconocer a los demás, de comunicarnos y jugar, de levantarnos y andar, de hablar. Todas estas capacidades, al adquirirse —gracias, por otra parte, a la asiduidad de muchos cuidados diferentes y cargados de muchos afectos—, permiten generar, desarrollar y sostener nuevas aptitudes, como puede ser crear algo, aprender a leer y a escribir, y tener relaciones más amplias que las del medio familiar. Desde los primeros chillidos del niño, cuidar consiste en *liberar las capacidades* que tiene.

Cada nuevo desarrollo de una capacidad aumenta el poder de la existencia, participa en la construcción de la identidad, y confirma la seguridad o, de modo aún más favorable, permite afrontar con una cierta seguridad todo aquello que es incierto, nuevo o desconocido.

Los cuidados y la forma de cuidar contribuyen a aumentar o a reducir el poder de existir, es decir, el poder de descubrir el mundo, de comprenderlo y de situarse en él. Esto es en principio cierto para los cuidados maternos que contribuyen al desarrollo psicomotor y afectivo o lo retrasan.¹⁴ Esto también es cierto para todos los cuidados, bien sean estéticos, psicoterapéuticos o médicos, y también para los cuidados de enfermería. *Cuidar es actuar sobre el poder de existir*, permitiendo que este poder se movilice, se desarrolle, se utilice, o haciendo que se inmovilice, se limite o se reduzca.

Pero todo el desarrollo del poder de existir está relacionado con la capacidad de ser y de existir de los que cuidan. Además, preguntarse por el poder transmitido por los cuidados, como los cuidados de enfermería, es igual que preguntar a nuestro propio poder por qué no se puede permitir que los demás recuperen el “poder ser”, el “poder de existir”, si nosotros mismos no identificamos “de qué somos capaces”, de qué podemos llegar a ser capaces y cómo utilizamos estas capacidades.

NATURALEZA DEL PODER DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería, como cualquier otro tipo de cuidados, transmiten un poder que puede ser *reductor* o *liberador*, tanto para las

personas cuidadas como para los cuidadores. De hecho, el poder transmitido por los cuidados de enfermería es un poder que pasa por todas las alternativas posibles dentro de la compleja red de relaciones entre las fuerzas y las capacidades existentes, que son la expresión de las experiencias, de las posturas personales e institucionales que se ejercen a través de la función curativa dentro de la relación entre las personas cuidadas y su entorno.

Poder reductor de los cuidados de enfermería

Los cuidados de enfermería transmiten un poder reductor cada vez que se reducen las capacidades de los usuarios de los cuidados, de sus familias, es decir, cada vez que no se reconoce lo que pueden o saben hacer por sí mismos y que no se utiliza todo aquello que los motiva, los moviliza, los hace desear y les da gusto de vivir, los hace descubrir sus propias posibilidades, ganar confianza en sí mismos y generar un sentimiento de valoración personal.

Este poder reductor de las aptitudes y de los intereses de las personas que son cuidadas y de sus familias no es forzosamente objeto de un móvil intencional como se ha creído con frecuencia. La mayoría de las veces es signo de una dificultad, de un obstáculo al cual se enfrentan los cuidadores, obstáculo que si no se llega a descubrir y comprender, dificulta sus propias capacidades.

El poder reductor de los cuidados de enfermería puede revestir distintas formas y manifestarse de varias maneras.

Puede ser la expresión de un *poder autoritario* que sólo puede existir refugiándose tras la protección que le da el estatus jerárquico, como tan bien nos muestra Milos Forman en *Vuelo sobre el nido del cucu*,¹⁵ donde el pincel de la cámara hace un análisis minucioso del conflicto de los poderes entre las personas cuidadas y los cuidadores relacionado con la amenaza que hace que las capacidades de unos pesen sobre la certeza adquirida y estabilizada de forma estatutaria de "LA" capacidad de los otros.

El poder de los cuidados de enfermería también puede ser reductor por *el subdesarrollo de diferentes capacidades* en los cuidadores, y *el hiperdesarrollo de una sola capacidad*. Esto es lo que ocurre con el hiperdesarrollo de la capacidad técnica que hace que la respuesta a los problemas planteados tienda a ser únicamente técnica, como por ejemplo, la colocación sistemática de sondas permanentes en personas mayores que tienen problemas de esfínteres, o de perfusión en personas deshidratadas. La hiperespecialización en un campo determinado, sea de la naturaleza que sea, trae consigo un empobrecimiento de la capacidad de imaginar otras

posibilidades: es reductora para el cuidador y, por rebote, también afecta a la persona cuidada.

También es reductor el poder de los cuidados de enfermería ejercidos *por procuración*, es decir cada vez que se realizan trabajos delegados sin poder hacer preguntas que ejerzan un análisis crítico sobre el sentido de los trabajos que hay que realizar, su finalidad y la adecuación de los medios utilizados para responder a esta finalidad. El poder por procuración se ejerce con frecuencia conforme al modelo institucional, modelo que puede ser muy difícil de abandonar o al menos difícil de cuestionar, ya que está ahí para condicionar lo que deben ser los cuidadores si no han determinado por sí mismos la orientación y la finalidad de la práctica de los cuidados de enfermería, y si no han buscado diferentes medios para ponerlos en práctica.

El poder transmitido por los cuidados de enfermería tiene una acción reductora cada vez que es el *resultado de la aplicación de un sistema preestablecido* que se basa en la prevalencia de una ideología, de una teoría, de una tecnología, etc.; cada vez que funciona a partir de inventarios sistemáticos, de series de prohibiciones, de consejos estereotipados; cada vez que existe indiferencia o desprecio del lenguaje coloquial en beneficio de la utilización del lenguaje profesional modificando o evitando así compartir la información y haciendo poco accesible la comunicación.

El poder transmitido por los cuidados de enfermería también puede convertirse en un *poder dominador* cuando se desarrollan diferentes capacidades profesionales en provecho únicamente del cuidador, para valorar su imagen, para asentar su notoriedad o al menos su reconocimiento social, sobre todo en una profesión que sufre falta de estima social. El objetivo es, entonces, aumentar la plusvalía del cuidador sin que las personas cuidadas se beneficien necesariamente de ello, o incluso a veces se haga a su costa: así ocurre con algún tipo de investigaciones que pueden no aportar ningún beneficio a los usuarios de los cuidados. Lo mismo ocurre con algunas prestaciones técnicas que se utilizan en detrimento de otras posibilidades terapéuticas o del deseo de las personas cuidadas.

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. Un poder no es liberador de forma unilateral, es justamente lo contrario de lo que ocurre con una obra de caridad, donde hay un benefactor y un receptor. La liberación de las capacidades que aportan otras personas pasa por la

liberación de nuestras propias capacidades que, en cada nueva situación, se realiza junto con la de ellos, buscando su complementariedad y ajustando sus diferencias.

El poder transmitido por los cuidados de enfermería es liberador cuando:

- permite a los usuarios de cuidados *utilizar el poder que les queda*, movilizar todo aquello de lo que todavía son capaces, incluyendo sus deseos, y ver con ellos lo que permite y/o limita su realización;

- *devuelve o aumenta el poder de existir, de tener autonomía*: aumentando la capacidad de la respuesta de sus propias necesidades, aprendiendo a compensar las deficiencias funcionales, desarrollando facultades físicas, afectivas y psíquicas que disminuyen la necesidad de ayuda;

- *reconoce los conocimientos de las personas cuidadas*, utiliza estos conocimientos, y permite que aumenten;

- *permite a los usuarios de cuidados tener un poder terapéutico para los demás*, tal como observa Rogers:¹⁶

“Cuando en un grupo se produce una situación muy seria, por ejemplo cuando un individuo presenta signos de un comportamiento psicológico o una actitud extraña, he aprendido a contar con los miembros del grupo, ellos son tan terapéuticos, si no más que yo. Algunas veces reaccionando de forma profesional, se cae en los estereotipos y se piensa por ejemplo: “Esto sí que es un comportamiento paranoico”. Como consecuencia, se tiende a establecer distancias y a tratar a la persona como un objeto. Sin embargo, el miembro más ingenuo del grupo sigue considerando al perturbado como una persona, y en mi experiencia, esta acción es bastante más terapéutica”.

Luego sigue así:

“A menudo me asombro de la capacidad terapéutica de los miembros del grupo. Es mortificante porque, en efecto, hace que muera un aspecto de nuestro poder, y a la vez alentador y creativo, porque hace renacer otro aspecto de nuestro poder, el de cómo liberar nuestra capacidad para que les sirva a los demás. Esto me hace comprender de qué increíble potencial de ayuda dispone la persona normal, no formada, simplemente al sentirse libre para utilizarlo”.

En este caso el ejemplo está tomado en los cuidados de grupos terapéuticos con personas que tienen problemas psicoafectivos, pero este poder terapéutico puede ejercerse de igual forma con enfermos que padecen afecciones físicas: colostomizados, laringectomizados, con grandes minus-

valías. Del mismo modo, las madres que pueden compartir su experiencia de los cuidados con los niños, desarrollan su potencial personal. Todos aquellos de entre nosotros que han podido vivir estas situaciones han podido comprobar que el poder terapéutico y la acción curativa del medio por el medio es irremplazable y permite movilizar las capacidades de un conjunto de personas.

El poder terapéutico de las personas cuidadas ejerce una cierta acción curativa sobre los que les cuidan, tal y como muestra Ingmar Bergman de forma tangible en *Persona*, al mostrarnos cómo la persona cuidada puede convertirse en el cuidador y el cuidador en la persona cuidada, puesto que todos son portadores de algunos aspectos del mal de vivir, es decir de enfermedad, y porque la persona cuidada tiene, debido a su problema, capacidades de terapeuta del mismo nivel que las del cuidador.¹⁷

El poder de los cuidados de enfermería puede ser identificado como liberador cuando es creador, cuando estimula o suscita todo aquello que va a permitir la regeneración, el desarrollo de la capacidad de vivir, tanto en la persona cuidada como en el cuidador, ya que ambos participan en un mismo acto de nacimiento o de renacimiento de la vida, incluso hasta el umbral de la muerte.

PODER DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y SU EVALUACIÓN

El análisis de la naturaleza del poder de los cuidados de enfermería es *la clave de su evaluación*, en el sentido habitual y en el sentido literal de la palabra, siendo la evaluación la preocupación por buscar todo aquello que da valor a algo, que lo va a valorar.

La evaluación de los cuidados de enfermería tiene por objeto preguntarse de qué forma los cuidados movilizan la capacidad de las personas para responder a sus necesidades de salud, es decir cómo les permiten valorar lo que hacen, hacer una valoración de lo que son y al mismo tiempo —ya que no existen el uno sin el otro— cómo valoran las enfermeras y los enfermeros su capacidad de cuidar desarrollándola y diversificándola a partir de esta interrogante sobre los problemas humanos.

La evaluación de las capacidades que se encuentran y se liberan con los cuidados nos lleva a desarrollar otro tipo de poder, el de *hacer frente a la adversidad*, es decir en argumentar el sentido y el por qué de la acción de la enfermería en las situaciones conflictivas, cosa que jamás ha autorizado “el rol de la enfermera” y que condenan “los valores morales”. Hacer frente a la adversidad es adquirir la capacidad de justificar las propuestas de los cuidados de enfermería comprendiendo el origen de los conflictos y la naturaleza de los poderes presentes, sin osar tomar el puesto del ejecutor, sino situándose en una relación de paridad.

La evaluación participa en todos los niveles del proceso de los cuidados de enfermería haciendo referencia constantemente al análisis de la situación, reajustando los cuidados a medida que se confirma el conocimiento de las posibilidades que tienen las personas cuidadas para afrontar su problema de salud, y también a medida que se aclara la naturaleza de los cuidados, su razón de ser, su duración, así como los límites que hay que tomar en consideración.

Límites de los cuidados de enfermería

Saber reconocer y determinar los límites de los cuidados de enfermería es interesante tanto para los usuarios de cuidados como para los cuidadores. Como hemos podido ver, mientras que una función social está determinada por un rol dictado, o por una serie de trabajos delegados sin identificar la naturaleza del servicio que intenta ofrecer ni estudiar las condiciones necesarias para hacerlo, no sólo es imposible ponerle límites, sino que incluso parece impensable intentar considerarlo. Marcar límites se opone a la ideología profesional que, por su filiación religiosa, garantiza la disponibilidad de la “conciencia profesional” sin que por ello haya forzosamente una “concientización” del factor que afecta al conjunto de la situación, mientras que por su filiación médica comparte la preocupación por garantizar la salud de la gente, asegurándoles una vigilancia sanitaria (servicios extrahospitalarios de PMI, salud escolar) o garantizando a los pacientes todos los cuidados necesarios cuando éstos son hospitalizados, relegando e incluso a menudo, excluyendo la ayuda que aporta la familia y el entorno.

CUIDAR, UN PODER DELEGADO POR LOS USUARIOS DE CUIDADOS

Cuidar es, a título profesional, ejercer un poder que los usuarios de cuidados delegan implícitamente, en el sentido de que recurren a personas que pueden ofrecerles un servicio que pueda así completar o suplir su propia acción. Ahora bien, las profesiones, mucho más que los oficios, generan ideologías que justifican su servicio. Estas ideologías valoran casi siempre su deseo de proteger a la gente, de querer su bien, garantizar su seguridad, de trabajar para protegerla, pero ¿no esconden muchas tendencias corporativistas? ¿No enmascaran la realidad de los problemas, “haciéndole creer a la gente que los tratamientos que administran mejorarán su salud, cuando su resultado más claro es el de privarles de ejercer un control sobre sus condiciones de trabajo y su modo de vivir?”¹⁸

Si consideramos que cuidar es una función cotidiana con incidencias directas en la salud de las personas y que responde a una actividad usual de la vida, como la de la restauración que se propone dar comidas (agrupando así diferentes aspectos de una función biosociopsicológica), podemos ver que este servicio puede ofrecerse a la gente por razones de comodidad, para proporcionar placeres gustativos y socioafectivos, para aliviar el trabajo cotidiano, o por razones de transporte, por los horarios de trabajo, etcétera.

Garantizando este servicio, para el que muchos restauradores están muy calificados, nadie tendría la idea de prohibir a una persona por razones de seguridad, preparar sus comidas tal y como ella quiere. Tampoco tiene la pretensión de ir a controlar lo que cada cual hace en su casa, sino que por el contrario, ellos son controlados. Se puede pensar que hay una enorme diferencia de responsabilidad entre un servicio de restauración y un servicio de cuidados. Posiblemente esta diferencia es menor de lo que parece si pensamos que durante siglos los principios activos de base de la farmacología han sido descubiertos a partir de la alimentación, y si pensamos en las graves consecuencias que puede tener una intoxicación alimentaria.

Si consideramos que cuidar es una función cotidiana que cualquier persona se garantiza a sí misma cuando tiene autonomía o cuando no tiene un obstáculo mayor en su vida, y que cuidar es un acto de reciprocidad en todas las circunstancias de la vida, dentro de una familia, entre vecinos, entre amigos, esta función no puede ser monopolizada por uno o varios grupos profesionales de la salud, por buenos que sean. Por una parte, mientras muchos cuidados habituales preventivos y curativos se les vayan de las manos a los usuarios, nunca habrá bastantes cuidadores, y nunca estarán lo bastante disponibles ni podrán nunca hacer frente a la infinita variedad de los cuidados. Por otra parte, como ha ocurrido en los últimos treinta años, asistiremos cada vez más a una considerable disminución de la capacidad de las personas para cuidarse a sí mismas. Si tomamos, por ejemplo, los cuidados maternos al recién nacido, la expropiación de las madres de todo el conocimiento cultural por parte del aparato sanitario hospitalario y extrahospitalario, así como la multiplicación de los especialistas de la infancia, es alarmante.¹⁹ Esto da lugar a graves incidentes tras el regreso a casa después de un parto, que ocasionan hospitalizaciones precoces con todas las consecuencias psicoafectivas, sociales y económicas que afectan al niño, a la madre y a la pareja, dando lugar a sentimientos de culpabilidad de ser mala madre y de menosprecio.

Cuidar aparece, pues, como el reparto de un poder entre los usuarios de los cuidados y los cuidadores; esto exige ser capaz de situar los límites de la acción curativa, de los cuidados de enfermería.

SITUAR LOS LÍMITES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados que una persona se proporcionaba a sí misma pueden convertirse de la noche a la mañana en “cuidados de enfermería” (si ya no puede proporcionarlos: accidente, enfermedad). Esta dependencia es difícil para las personas cuidadas y también para los cuidadores, tanto más cuando los que más tarde serán cuidados de enfermería no se pueden forzosamente identificar a primera vista. Así, los límites de los cuidados de enfermería serán siempre difíciles de situar, ya que no pueden fijarse *a priori* ni determinarse arbitrariamente. Dependen de un conjunto de factores relacionados con la situación de los usuarios de cuidados así como de los cuidadores.

En lo concerniente a los usuarios de cuidados, los límites de los cuidados de enfermería se desprenden del análisis de la situación al aclarar las capacidades que las personas pueden movilizar por sí mismas, y/o lo que pueden hacer con ayuda. Por lo tanto, un límite no es algo ficticio, por lo cual no se puede decidir arbitrariamente si una persona debe asearse por sí misma, o debe hacerlo la familia o la enfermera, aun cuando la prescripción médica sea: “cuidados de higiene”.

Los límites de los cuidados de enfermería pueden estar indicados dentro de una situación dada por signos como:

— *Las indicaciones del o de los hilos conductores* que pueden permitir diferenciar los problemas y servir para limitar las informaciones que hay que conocer, preguntándose respecto a qué, para qué se cree necesario conocer tal o cual hecho, para evitar incursiones inútiles o accesorias para el conocimiento de lo que afecta a la vida de la gente.

— *El proceso de dependencia-autonomía*, de cualquier actividad de la vida, relacionada, como se ha visto, con la edad, los acontecimientos que obstaculizan la resolución de un problema de salud, el entorno, la naturaleza de los problemas planteados con la forma de vivirlos.

El estudio del proceso dependencia-autonomía permite determinar por qué algunos cuidados para el mantenimiento de la vida serán competencia de la enfermera, y de qué forma: probablemente para enseñar a la familia a llevarlos a cabo. Ella también indica durante cuánto tiempo hay que proveerlos: situar la acción en el tiempo es fundamental. El estudio de los límites permite también situar lo que se puede realizar y lo que no; por ejemplo, por qué dejar creer que una persona que ha

estado totalmente inmovilizada durante varios meses podrá volver a andar rápidamente cuando su edad y la naturaleza de sus afecciones motoras no permiten considerarlo. Sólo se podrán intentar las cosas que podrá volver a hacer progresivamente, como dejar la cama, estar sentada cierto tiempo en un sillón, etcétera.

— *El umbral de tolerancia de los cuidados*: como en todos los fenómenos de la vida, los cuidados de enfermería pueden llegar a un umbral de insuficiencia o de saturación. Este umbral está relacionado con la naturaleza de los cuidados, su número, su frecuencia, su intensidad, su duración, todo ello considerando los diferentes aspectos biológicos, psíquicos y sociales. El estudio de estos umbrales en relación con las distintas situaciones nos muestra lo que puede soportar el paciente y su familia, bien sea en cuidados para el mantenimiento de la vida (como una movilización demasiado intensa en relación con su edad, o el esfuerzo respiratorio) o con respecto a los cuidados de curación, los tratamientos, la utilización de los aparatos, de las inyecciones medicamentosas, de cuidados de reanimación, teniendo en cuenta una edad determinada y las capacidades bioafectivas existentes.

Los límites de acción de la enfermería se pueden mover y desplazar conforme evoluciona el caso. Se sitúan siempre según los problemas que requieren cuidados de enfermería para guiar y orientar el sentido, la razón de ser y la oportunidad de estos cuidados, así como las diferentes personas implicadas en los cuidados: enfermeras, médicos, cinesiterapeutas, ergoterapeutas, profesiones sociales, estetas. Esto exige determinar cómo serán las relaciones entre las distintas personas implicadas y si es posible, limitar su número para no dispersar la acción de los cuidados ni hacerla dividirse en mil tareas. Para evitar esto, algunas personas pueden mediar como personas de referencia, como consejeros de los interventores directos.

Los cuidados de enfermería están limitados también por lo que exigen a los cuidadores. Es un engaño pensar y dejar creer al público que se suele cuidar a cualquier precio, y que se puede contribuir a hacer renacer la vida, a mantenerla si uno mismo no vive, si la presión de la demanda que se ejerce sobre la vida física y afectiva de los cuidadores sobrepasa un umbral de supervivencia. Igual que las personas cuidadas, las enfermeras y enfermeros tienen umbrales de tolerancia para la posibilidad de cuidar.

En las situaciones planteadas al cuidar, se encuentran indicios que nos muestran que el personal cuidador está sometido durante su trabajo a muchas presiones de orden físico, psicoafectivo, organizativo, jerárquico e institucional que tienen como consecuencia situaciones de estrés, an-

gustia, incertidumbre, de emociones fuertes de alegría o de dolor, estrés aumentado por la pesadez de algunos cuidados. Este estrés ha estado, y todavía sigue estando, marcado por todo tipo de ideologías oblativas, de exigencias institucionales y de imperativos jerárquicos.*

Ocultar este estrés conduce a un callejón sin salida para poder sobrevivir: distanciamiento de los enfermos, refugio en la técnica, división de los trabajos, huida, despersonalización del trabajo, descompensación.

Analizar este estrés y reconocerlo como intrínseco al proceso de cuidados, teniendo en cuenta factores como la pesadez, la duración, la frecuencia, el número de personas cuidadas en relación con su estado físico, mental y psicoafectivo, permite considerar lo que puede hacer que los cuidados sean alienantes para intentar compensarlos y *replantear un conjunto de condiciones que puedan favorecer el ejercicio de la práctica de enfermería*: grupos donde expresarse, volver a estudiar las condiciones de trabajo partiendo del análisis de los cuidados de enfermería, posibilidad de formación continua.

Si el personal cuidador está llamado a relevar a los que tienen necesidades y graves problemas de vida, él mismo también necesita un relevo en tanto que está en contacto con las dificultades, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte durante largos periodos y tienen a su cargo un gran número de personas que le piden atención, escucha y disponibilidad.

Dimensiones sociales y económicas de los cuidados de enfermería

La prestación ofrecida por cualquier oficio y cualquier servicio profesional está situada en un contexto social y económico que influye en ella, pero en el que, recíprocamente, deja su huella. Intentar conocer lo que identifica a un servicio es, teniendo en cuenta su naturaleza, tomar conciencia de sus dimensiones sociales y económicas.

DIMENSIONES SOCIALES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Desde siempre los cuidados han tenido una función social. A medida que la historia de las diferentes sociedades humanas ha ido evolucionando,

* Se podrían dar muchos ejemplos para ilustrar esta realidad. Vale como testimonio la enfermera de un servicio de hospitalización a domicilio que no ha podido encontrar ningún apoyo para hacer la tercera mortaja del día. Desfondarse y no poder hacerlo sigue siendo faltar a su "deber profesional", sin que se tenga en cuenta el estrés y la necesidad de ayuda en distintos planos.

nando, esta función no sólo se ha modificado considerablemente en cuanto a su finalidad, sino que la propia percepción de esta función social ha podido difuminarse hasta llegar a ser ignorada o incluso borrada en algunas de estas sociedades.

En la sociedad occidental, la separación de la institución hospitalaria de la comunidad y la exclusión social de los que están en ella, la clausura de las [mujeres] consagradas seguida de la formación de las enfermeras en el hospital-escuela, luego, a finales del siglo xix, las teorías organicistas y de asepsia, contribuyen a hacer de la acción curativa una acción arrinconada y separada de la acción social en su concepción y su organización. Existe una ruptura entre lo sanitario y lo social, ruptura cuyo impacto es considerable, ya que permite que todo aquel que tiene vocación sanitaria, es decir cada vez más médica, ignore “lo social”.

La influencia de esta ruptura actúa sobre el terreno de la enfermería de tal manera que ayuda a consolidarla. En Francia, desde que la formación de enfermería es únicamente hospitalaria y las enfermeras visitadoras han dejado la enfermería para unirse a las asistentes sociales, aquéllas han ignorado la dimensión social de los cuidados de enfermería, rechazando incluso, en muchos casos, el considerar a la enfermería como una “profesión social”, es decir que tiene una contribución social, incluyendo a las que trabajan en el sector extrahospitalario. La marca “paramédica” había eliminado efectivamente toda connotación social de la práctica curativa de enfermería.

Por lo tanto, los cuidados de enfermería sólo tienen sentido si se toma conciencia de que se insertan en un contexto social que ellos imprimen y que les condiciona. Bien sea por las tecnologías utilizadas, por el tipo de jerarquía social que crean, por las formas institucionales que instauran, por la organización de trabajo resultante, o bien por el alcance social del acto de cuidar, los cuidados de enfermería tienen una enorme influencia social, incluso si no se tiene conciencia de esta influencia o aun si apenas se comprende.

INFLUENCIA SOCIAL DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Si bien es cierto que las corrientes socioeconómicas influyen en la orientación y en la forma de aplicar los cuidados, los cuidados de enfermería contribuyen recíprocamente a confortar, consolidar o a poner en tela de juicio ciertas corrientes sociales. Todos los elementos fundamentales que constituyen la práctica de cuidados de enfermería y la forma de utilizarlos, participan directamente en la influencia social ejercida por los cuidados de enfermería, tanto con respecto a los que reciben los cuida-

dos como a la profesión en sí misma que elabora su propia imagen social a partir de lo que hace.

Si nos referimos a la *tecnología*, vemos que tiene una influencia directa en la orientación de los cuidados y en el tipo de cuidados que se ofrecen, pero consecuentemente le da una imagen social a la profesión, le da una configuración, haciéndola contribuir a orientar las elecciones de la sociedad. “La tecnología no es neutral: refleja y determina la relación entre el productor y el producto, el trabajador y su trabajo, el individuo, el grupo y la sociedad, el hombre y su entorno; la tecnología es la matriz del equilibrio del poder, las relaciones sociales de producción y la división jerárquica del trabajo.”²⁰

En efecto, podemos ver que la tecnología es la base de la imagen profesional que se le transmite al público, desde la bacinica a la jeringa, que sigue siendo la imagen de la enfermera a domicilio, para llegar hasta la monitorización. Estas imágenes se crean según la frecuencia con que se utilice tal o cual tecnología y orientan la naturaleza de los cuidados que se ofrecen y la forma de concebirlas, al igual que condicionan las expectativas del público y sus demandas. Del mismo modo, la frecuencia con que se utiliza tal o cual tecnología determina la configuración de los espacios dentro de las instituciones sanitarias y el tipo de relaciones entre ellas, las formas de organizar el trabajo, los estratos de la jerarquía profesional, las bases de la valoración económica del trabajo.

La utilización repetida de una tecnología condiciona orientaciones sociales. Como el uso frecuente y abusivo de tecnologías medicamentosas como los somníferos o los sedantes, el empleo de leches artificiales y biberones que sustituyen la lactancia materna, o como el hecho de ignorar algunas tecnologías compensatorias de defectos físicos que hacen de los minusválidos seres mucho más dependientes relegándoles fuera de la actividad social, la selección de las tecnologías participantes en los cuidados y el conocimiento o el desconocimiento de sus efectos contribuyen directamente en la orientación de los comportamientos, y en la confirmación o el refuerzo de algunas corrientes sociales. Lo mismo ocurre con la introducción de nuevas tecnologías como las utilizadas por las “medicinas paralelas”.

Pero no son sólo las tecnologías que participan directamente en los cuidados de enfermería las que influyen y alientan las corrientes sociales, sino también las que contribuyen a recoger, tratar y almacenar la información necesaria para el proceso de cuidar. Las tecnologías de información escrita e informatizada condicionan un tipo de relación social y determinan las de poder entre personas cuidadas ↔ cuidadores, pero también entre los mismos cuidadores.

Los *conocimientos* empleados en los cuidados de enfermería tienen también importantes consecuencias sociales y determinan orientaciones sociales. Según la naturaleza de los conocimientos utilizados, su exclusividad o su diversidad, su dogmatismo o su flexibilidad, su rigurosa certeza o su apertura hacia lo incierto, hacia lo nuevo, los conocimientos dan lugar a comportamientos y a conductas sociales, y a veces incitan a la inhibición o la liberalización de la capacidad de existir. Así, el dogmatismo de la teoría de la higiene corporal y de la educación física para luchar contra el peligro de las enfermedades venéreas ha influido en todo tipo de conductas sexuales.²¹ Del mismo modo, la utilización exclusiva de las teorías de asepsia ha sido y puede ser todavía la responsable de las afecciones existentes en las guarderías y en los servicios infantiles, mientras que la vigilancia y el control sanitario basados en una educación sanitaria que ignora las costumbres ha hecho que los cuidados preventivos sirvan para establecer diagnósticos precoces sin por ello atenuar las dificultades de las familias. Por el contrario, los conocimientos diversificados tienen una influencia favorable sobre el desarrollo de las personas y los grupos, ya que permiten una reflexión, un intercambio de impresiones, y participan en la modificación de las relaciones sociales entre los distintos interlocutores de la aplicación de cuidados.

Las *costumbres de la vida cotidiana y las creencias* que, en su mayoría, se establecen a partir de una forma de entender el mundo por medio de conocimientos e instrumentos, alientan ideologías que influyen en los cuidados de enfermería, pero, recíprocamente, los cuidados de enfermería las reafirman o las ponen en tela de juicio. Toda práctica de cuidados es arrastrada y conlleva ideologías. Estas ideologías “nos poseen igual que nosotros las poseemos, y esta existencia mítica forma parte de la existencia social, igual que nuestras existencias individuales”. El problema reside en reconocer y dilucidar la realidad de lo imaginario y del mito,²² ser consciente de la ideología que sustenta esta o aquella orientación de los cuidados. De hecho, *ninguna cosa procedente de la aplicación del cuidado es neutral*, influye de una u otra forma en las orientaciones sociales, de ahí la importancia del cuestionamiento de la orientación que se da a los cuidados de enfermería, no sólo con respecto a su finalidad, sino también a los medios utilizados para alcanzar dicha finalidad, y a las razones que las motivan.

ALCANCE SOCIAL DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Hasta hace muy poco, toda una concepción social y económica de los cuidados valoraba, particularmente en Francia, la relación médico-enfermo, cuidador-persona cuidada, a costa de un análisis de los

factores implicados en el proceso salud-enfermedad, y sin tener en cuenta las interrelaciones existentes en el barrio, o en un medio dado para un mismo tipo de problemas que afectaban a muchas personas o a un grupo en particular. Ahora bien, para que se vea en su significación inicial, que no es otra que la de promover la vida, y para percibir lo que contribuye o interfiere con el desarrollo de la vida, *cuidar no puede ser un acto aislado, desconectado del contexto social*. Tampoco puede ser un acto individual que solamente tiene en cuenta a cada persona aislada de su propio contexto de vida.

Cuidar es un acto social que se consigue sólo si se tiene en cuenta todo un conjunto de dimensiones sociales. El proceso de los cuidados no se puede separar del análisis de lo que obstaculiza la vida, sin correr el riesgo, en muchos casos, de enmascarar y mantener las raíces del problema.

Cuidar a las víctimas de productos tóxicos utilizados en los medios de trabajo, las víctimas de enfermedades profesionales, de la droga, de viviendas insalubres, de la desadaptación social, o a los hastiados de aburrimiento, es exponerse a mantener los problemas si el personal de enfermería limita su acción al cuidado individual sin preocuparse de las razones sociales y económicas que han originado tales problemas. La reclusión de los problemas psíquicos o físicos que favorece la institución hospitalaria alejando a las personas de su medio de vida dificulta este planteamiento, pero puede llegar a conseguirse dirigiendo la atención de los que reciben los cuidados hacia lo que puede ocasionar su problema y por medio de acciones concertadas con personas relacionadas al medio extrahospitalario (siempre y cuando los cuidadores hayan aprendido a conocer este medio de vida).

Cuidar no sólo es una defensa ciega de la vida biológica a toda costa sin preguntarse qué es lo que permite vivir, sin ser consciente de que existen otros tipos de muerte además de la muerte física. Aún más, cuidar da lugar a una movilización de energías para disminuir los riesgos sociales, para evitar o atenuar graves problemas humanos.

Cuidar supone una responsabilidad social, es decir, una responsabilidad que no se limita a la curación de unos síntomas, tal y como estipula la conferencia de Alma Ata, que muestra claramente la dimensión social y la dimensión del desarrollo de los cuidados de atención primaria, así como su necesidad de comprometerse para luchar por la justicia social.

Los cuidados de atención primaria suponen una auténtica mutación ideológica, cultural, social, tecnológica y económica de la función de los cuidados²³ al orientar la finalidad de la acción de los cuidados hacia el desarrollo de la persona a partir de su forma y de sus condiciones de vida, y comprometiendo la participación directa y activa de la población.

Esta orientación de la acción sanitaria y de la aplicación de cuidados no sólo no está separada de sus dimensiones socioculturales y económicas, sino que genera una profunda transformación social; deja a cada uno en su sitio a la hora de estudiar los problemas de la salud y tomar decisiones, obliga a reconsiderar las relaciones de poder entre los profesionales de la salud y los usuarios, así como al modelo habitual de las relaciones en el mundo del trabajo basadas en la referencia empresario → empleado, y las jerarquías que suscitan.

Los cuidados de atención primaria y las acciones que implican, sólo tiene sentido si son la auténtica expresión de un codesarrollo entre receptor de cuidados ↔ personal sanitario, donde cada cual tiene un papel de actor social, diferente y complementario.

DIMENSIÓN ECONÓMICA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería, proporcionados tanto en el hospital como en el medio extrahospitalario, tienen un costo económico que no podría ser la única referencia económica de un servicio que no puede disociarse de sus incidencias socioeconómicas.

COSTO ECONÓMICO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En toda sociedad de mercado, preguntarse por el costo económico de un servicio es conocer su *valor monetario*, valor que no es un indicador económico suficiente en una sociedad de consumo que estima el valor de un producto o de un servicio según su *valor de mercado*. Los servicios “de salud” utilizan este mismo tipo de estimación económica; por eso podemos preguntarnos qué clase de cuidados son valorados en términos económicos.

Del mismo modo que para otros bienes de producción, se podrían establecer valores en bolsa de los cuidados con la denominación de “cuidados de enfermería”. En este caso, podríamos sin duda distinguir en orden de importancia:

— Los *cuidados* a los que se les atribuye un alto valor de mercado, es decir los que requieren un *alto nivel de especialización*, de alta tecnología, para la investigación o la curación de la enfermedad. Su valor monetario no sólo se aprecia por los aparatos que se utilizan, sino también por la notoriedad que otorgan a la investigación médica, y por tanto a los médicos, o a veces a todo el equipo, pero en cualquier caso las enfermeras se benefician poco de ello, al menos con relación a la parte tan importante que les compete al llevar a cabo estos tratamientos.

El elevado costo es el resultado de la complejidad de la tecnología y de la obligación de “rentabilizar” esta costosa tecnología de grandes inversiones y personal especializado.

— Los *cuidados* que consumen poco tiempo y *no requieren demasiada competencia* —ni por los conocimientos, ni por las técnicas utilizados— y que se pueden realizar con facilidad, como las inyecciones, los vendajes sencillos, y algunos actos de higiene concretos.

Su rentabilidad económica se basa en su elevado número y frecuencia, dando lugar a una acción repetitiva de actos estereotipados, que se buscan sobre todo por su valor de mercado, y hacen de los cuidados un bien de consumo, mientras que el cuerpo se convierte en el objeto de producción de los cuidados.

— *Los cuidados que tienen en cuenta las necesidades vitales más fundamentales*: todos estos cuidados habituales contribuyen a mantener y desarrollar las capacidades de la vida, cuidados que uno no puede realizar por su cuenta cuando no se tiene autonomía, o si ésta se ha perdido temporal o definitivamente.

Todos estos cuidados están basados en la percepción y la diferenciación de todo aquello que es importante para que la vida de cada día pueda continuar, para que las capacidades de la vida se movilicen y para que se lleve a cabo una acción significativa ligada al o los problemas que se plantean en la vida.

Estos cuidados son los menos valorados en la escala económica, cuando no están totalmente excluidos. En los servicios extrahospitalarios son los peor pagados, cuando lo son. En cuanto a los servicios hospitalarios donde el tratamiento prevalece sobre cualquier otro tipo de cuidado que movilice las capacidades de la vida, su valor económico es ignorado o se dispersa entre servicios anexos de hostelería o menaje.

En realidad, estos cuidados son los que consumen la mayor cantidad de energía y trabajo, pero como están directamente relacionados con el trabajo de la mujer, no forman parte de ninguna valoración económica que tenga en cuenta su incidencia social, y son considerados como cuidados menores que no requieren ninguna competencia.

Son terriblemente menospreciados. Probablemente nos sorprenderíamos si pudiéramos evaluar el costo de las innumerables hospitalizaciones debidas a una falta o a una inadecuación de los cuidados a domicilio, su desadaptación o su falta de medios económicos para atender las necesidades fundamentales para el mantenimiento de la vida como poder ir a clase, hacer la comida, vestirse, levantarse, seguir manteniendo relaciones sociales; y también ocuparse lo antes posible de los tratamientos sencillos para limitar el agravamiento de la enfermedad y el proceso degenerativo al que conduce.

Es indispensable no sólo proveer este tipo de cuidados, sino también comunicarlos a otros para permitir que otras personas los aprendan, los comprendan y los vuelvan a descubrir.

Estos cuidados exigen mucho más conocimientos de lo que podría parecer. Requieren tiempo y energía de todas clases, tanta como la que aportan y la que liberan.

También podríamos preguntarnos por el costo económico de los cuidados de enfermería determinando qué categorías de la población son las principales “beneficiarias”, o probablemente sería mejor decir “receptoras” ya que, ¿son verdaderos beneficiarios? ¿Cómo se benefician o sacan provecho de los cuidados, de qué tipo es este beneficio?

Muchos estudios socioeconómicos realizados en estos últimos años han puesto de manifiesto la desigualdad del acceso a los cuidados²⁴ y han demostrado que los medios más desfavorecidos y los más favorecidos son los que más utilizan los servicios de cuidados, pero ¿son por ello los mayores beneficiarios?

Estos análisis tendrían que ser mucho más exactos, ya que si hay personas que pueden utilizar más fácilmente y con mayor frecuencia las instituciones sanitarias, puede haber un error en el beneficio real que obtienen de los cuidados, de los cuidados de enfermería. Ya que los cuidados que se les ofrecen son, también para ellos, prioritariamente *cuidados para la curación* y no corresponden forzosamente con aquellos que les podrían evitar sufrimiento físico y/o sufrimiento moral, o los que podrían prevenir una intervención quirúrgica, evitar o disminuir una hospitalización. Las personas con ingresos suficientes pueden pagar con facilidad las cuentas de las repetidas visitas médicas a domicilio, y recibir un gran número de cuidados proporcionados por enfermeras de cuidados a domicilio, pero ¿quién va a ocuparse de proporcionarles todo lo indispensable para la vida de cada día si están solos y no tienen una trabajadora doméstica? ¿O cómo puede alguien con ingresos medios pagar las horas de limpieza o las horas de guardia de una cuidadora de enfermos que la mayoría de las veces no está calificada? En muchos casos no hay otra solución que la hospitalización, cargada de consecuencias económicas, sociales y afectivas, que dificultan muchos otros tipos de curación más rápida, y disminuyen con frecuencia el deseo de mantener el potencial de vida.

Las personas con ingresos medios y con más razón las personas acomodadas no se pueden beneficiar en Francia, en muchos casos, de un servicio de cuidados a domicilio que les permita quedarse en casa si no pueden satisfacer por sí mismas sus propias necesidades, ya que sus ingresos sobrepasan el tope para la asistencia. Ahora bien el servicio de cuidados a domicilio mantiene una connotación de asistencia, del mismo

modo que una madre de familia enferma o que espera el segundo hijo no puede tener la ayuda de una trabajadora familiar más que si pertenece a un medio socialmente desfavorecido.

Mientras que los cuidados pueden ser distribuidos sin medida y costar muy caros a la seguridad social, los cuidados de enfermería basados en todo aquello que es indispensable para la vida no tienen precio y pueden estar ausentes incluso entre personas que disponen de ingresos elevados. Pero en Francia la gente no se ha dado cuenta y sigue sin darse cuenta de las cosas que puede ofrecer un servicio de cuidados de enfermería a domicilio, y siguen considerándolo bien como un servicio de asistencia o bien como un servicio de empleados del hogar para los más afortunados; estas dos concepciones son muestra de una misma mentalidad. La gente sigue ignorando que un servicio de cuidados a domicilio (no de enfermeras aisladas) es un servicio que tiene como objetivo buscar con el paciente todo lo que le es indispensable para permitir que siga en casa cuando tiene un defecto físico o está enfermo, un servicio donde las enfermeras han aprendido o aprenden a analizar todo lo que hay que compensar para suavizar las actividades de la vida cotidiana y actúan de forma concertada con las personas que las pueden asegurar. El financiamiento de este servicio debería ser proporcional a los ingresos del usuario, cualquiera que sea su clase social, como ocurre en los países que se benefician de tal servicio: Holanda y los países nórdicos. Ahora bien, cuando los equipos de cuidados a domicilio empezaron a ofrecer este tipo de servicio en Francia, se dijo que este trabajo “no era económicamente rentable”. Los ingresos presupuestarios son deficitarios puesto que el pago por acto sólo da lugar a la multiplicación de estos actos, aunque sean totalmente inútiles, es decir perjudiciales. *El acto de cuidar por sí solo no justifica económica y socialmente un servicio de cuidados a domicilio.*

REPERCUSIONES ECONÓMICAS FRENTE A COSTO ECONÓMICO

Hay una pregunta que siempre se plantea, bien en referencia a los cuidados extrahospitalarios o bien en relación con los cuidados de enfermería proporcionados en el medio hospitalario: ¿cómo evaluar lo que es invisible a los ojos de las grandes estadísticas de la estructura económica y social porque forma parte del proceso “banal” de la vida cotidiana? ¿Cómo volverse a preguntar por esta aparente “banalidad” de la vida cotidiana y por lo que puede costarle a un país cuando no se le tiene en cuenta?

Sin duda, todo esto puede ser posible si el costo de un servicio no se evalúa sólo en función de lo que se denomina habitualmente su “rentabilidad”, es decir la relación existente entre su producción, su distribución y su consumo. Así, se considera rentable realizar chequeos médicos, visitas a domicilio ya sean de PMI o junto a los enfermos, producir actos de cuidar del mismo modo que en otros terrenos hay que producir información a toda costa, acciones de formación, y asegurarse de que haya consumidores para todas estas producciones. Este modo de proceder disocia el costo económico del servicio ofrecido de sus repercusiones socioeconómicas. Ahora bien, mientras no existan investigaciones sobre el costo económico del servicio ofrecido sin preguntarse por sus incidencias socioeconómicas, estaremos en las nubes.

Tanto costo como repercusiones socioeconómicas son corolarios. Tampoco se pueden separar las incidencias económicas de los aspectos sociales de que son tributarias, puesto que los cuidados de enfermería pueden justificar sus repercusiones económicas gracias a que contribuyen al desarrollo o al mantenimiento de las capacidades de las personas. Así, algunos aspectos de los cuidados de enfermería pueden tener un costo elevado por la inversión del tiempo que se pasa junto al enfermo, como cuando se moviliza a una persona con dificultades motoras y se la ayuda a levantarse, a caminar, pero las repercusiones socioeconómicas son muy apreciables cuando se evita que se formen escaras y con ellas se produzca tanto sufrimiento inútil, evitando que los cuidados sean mucho más extensos, e incluso la hospitalización o, si la persona está en el hospital, la prolongación de su estancia.

Sin embargo, la repercusión económica de los cuidados de enfermería sigue siendo, por el momento, difícil de evaluar, aun cuando es relativamente sencillo comprobar sus efectos; más si dichos efectos no están reconocidos económicamente. Algunos indicadores pueden abrir una vía a nuevas posibilidades de apreciación. Parece que uno de ellos pueda ser este parámetro fundamental que es la *energía*, cuyo impacto social y económico relacionado con el tipo de fuentes energéticas y la forma de utilizarlas jamás se terminará de evaluar.

Daniel Bertaux dice que la producción puede ser analizada según la relación que existe entre la energía gastada y la energía recuperada, recolectada o desarrollada, lo que para los hombres se traduce en capacidad de vida. También nos muestra que un trabajo que libera energía en un circuito donde hay intercambios, puede recuperarla si este intercambio es constructivo: “Así, el trabajo de la madre con su hijo, al mismo tiempo que es una producción del niño, es un consumo de la madre, pero también es una producción de esta mujer como madre”,²⁵ es decir, que a través

de ese trabajo, la mujer encuentra un aspecto de su propia realización, si puede recuperar de distintas formas sus propias fuentes energéticas. El trabajo realizado por el hombre (en sentido general), si no está automatizado, supera con creces a la simple producción de actos, y se transforma en una liberación de capacidades, de ganas de vivir, de posibilidad de realizarse: “La idea de la energía humana abarca, pues, la idea de la fuerza del trabajo, pero va más allá, ya que hay cien formas de utilizar esta energía o de dejar que se pierda; el trabajo productivo sólo es una de estas formas”.²⁶

En las situaciones planteadas en los cuidados de enfermería, la repercusión socioeconómica está directamente determinada por *el grado de dependencia que hay que compensar*. Es importante preguntarse por las fuentes de energía que hay que emplear, la forma de utilizarlas y su valor energético en función de la dependencia que hay que compensar, así como del área de la autonomía que hay que movilizar. En efecto, *existe una estrecha relación entre la energía que se consume al cuidar y lo que esta energía permite que se libere o que se recupere como energía vital*.^{*} En otros términos, podemos preguntarnos si los cuidados producen una aceleración de la entropía (es decir del deterioro y de las pérdidas, pérdidas de actitudes adquiridas como la marcha o el lenguaje, por ejemplo) en detrimento de la no entropía (es decir de las victorias, las adquisiciones, los recursos), todo ello considerando el conjunto de las dimensiones de la vida: dimensiones biológicas, psíquicas, afectivas y sociales, dimensiones que se interrelacionan entre sí.

La práctica de los cuidados de enfermería no puede eludir ciertas constataciones y observaciones²⁷ que ponen de manifiesto que algunos cuidados curativos utilizan un enorme consumo de energía y liberan muy poca. Lo mismo ocurre con un gran número de medicamentos que no sólo no estimulan las fuerzas vivas de la persona, sino que hacen que se mantenga dentro de su enfermedad o le impiden reaccionar, cuando otros enfoques terapéuticos podrían no sólo volver a estimular las energías físicas y psíquicas, sino también podrían despertar y reencontrar todo aquello que da sentido a la vida.

También podemos comprobar que los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, prestados de forma rutinaria y sistemática, consumen grandes cantidades de energía sin por ello liberar ninguna, ni para las personas cuidadas ni para los cuidadores. Esto se debe a la forma

* Por energía vital hemos de entender una energía que recurre o utiliza todo lo que existe o las posibilidades de vida que quedan tras el proceso degenerativo; todo ello sin disociar ni aislar estas posibilidades y sin considerar de una forma aislada las posibilidades psíquicas, físicas y sociales.

pasiva en que se dan los cuidados: los cuidados han perdido su significado y se suelen desconectar del apoyo emocional sin liberar ninguna energía afectiva. Esto es lo que ocurre con muchos de los cuidados que se dan a los niños —cuidados de higiene o alimentarios— cuando intentan satisfacer una función orgánica que no está centrada en el conjunto de su finalidad: relacionar al niño con el mundo, permitirle descubrirlo y situarse en él. Lo mismo ocurre con los adultos, pero los efectos no se constatan tan rápidamente.

Los cuidados, incluidos los cuidados de enfermería, toman y movilizan energía, transmiten energía; por eso es necesario preguntarse si las fuentes de energía utilizadas y la forma de utilizarlas se adecuan a la naturaleza de los problemas sanitarios observados en el contexto de la vida. La fragmentación de los problemas aislados del contexto general sólo puede conducir al despilfarro y mal uso de la energía.

El análisis del poder transmitido por los cuidados, según sea reductor o liberador, indica cuáles son los efectos de los cuidados de enfermería y sus incidencias económicas. Cuanto mayor sea la autonomía que adquieren o recuperan las personas cuidadas y sus familias, más se reducirá el costo de los cuidados, si no a corto plazo sí al menos a largo plazo. *Cuanto más asistida esté una persona* (física, mental y socialmente), *más cara le costará a la sociedad*. También es importante no separar el estudio del costo económico de una prestación —en dotación de personal, tiempo, en mejora de las condiciones de trabajo, formación, equipamiento— de sus repercusiones sociales y económicas. Como las enfermeras no han sido preparadas para analizar al mismo tiempo los cuidados y la gestión de los cuidados, no han pensado o no han podido argumentar, ni hacer que se escuchen, cuáles son las condiciones indispensables para su práctica justificando así su costo. Ahora bien, el costo social y económico de la falta de cuidados, de su insuficiencia o su inadecuación ha sido y sigue siendo un costo muy alto, tanto para los que lo sufren como para el conjunto de las cargas sociales.

Hay que demostrar cuál es el valor económico de los cuidados de enfermería y sólo se puede hacer con la colaboración y la participación directa de los usuarios. Algunos centros de salud han comenzado esta difícil empresa, y después de la recesión económica algunos equipos hospitalarios lo han intentado, pero no nos engañemos, la valoración económica también está condicionada por las creencias, los valores de las clases sociales y de los grupos profesionales. Compromete las orientaciones y las elecciones de la vida.

En la medida en que exista una toma de conciencia de todo lo que contribuye a identificar los cuidados y el servicio de enfermería, así como

su dimensión social y económica, les será posible a las enfermeras y enfermeros determinar su contribución dentro de una *política de salud*, midiendo todo lo que pueda influir en su orientación y su realización.

Aunque enfermeras y enfermeros no han tomado conciencia como grupo profesional del alcance social y económico de los cuidados que ofrecen y de la orientación de la función que ejercen, no son tan neutrales como se ha podido creer, o como con tanta frecuencia se nos ha querido convencer. Así pues, el ejercicio profesional está conducido por una política de la que han sido excluidos los profesionales, retirándose de las decisiones voluntaria o involuntariamente. Por el contrario, si se analizan los conocimientos, las tecnologías, los valores y las investigaciones así como sus interconexiones políticas, tomaremos conciencia de la orientación social y económica que estimula la profesión o que contribuye a crear, a desarrollar y a poner en práctica.

Por lo tanto, el servicio de enfermería sólo puede determinarse dentro de una política de salud si intenta identificarse y si determina su acción en relación con una política social. Todo ello no puede establecerse de una vez por todas, pero como la vida que es una proyección hacia adelante, tiene que ser reconsiderado conforme transcurre la evolución.

NOTAS

1. Teilhard de Chardin P., *Hymne a l'univers*, Paris, Ed. Seuil, 1961, p. 99.
2. Badouaille M.L., "Originalité de la fonction d'infirmière", *Revue de l'Infirmière*, janvier 1971, p. 28.
3. Mendel G. *Sociopsychanalyse 2. La plus-value de pouvoir*, Paris, Ed. Payot, 1972, pp. 94-125.
4. Illich I., *Némésis médicale*, *op. cit.*, p. 65.
5. *Notes on Nursing*, *op. cit.*, p. 15.
6. Woodham-Smith C., *Florence Nightingale*, *op. cit.*
7. Dock L., Nutting A., *A History of Nursing*, New York, Putnam's Sons, 1937, p. 106.
8. *Notes of Nursing*, *op. cit.*, p. 15.
9. *Rak*, Película de Charles Belmont, presentada por primera vez en 1972. *Rak* es el término ruso que quiere decir cáncer. Esta película es una ilustración del concepto de los cuidados del personal sanitario: médicos y enfermeras se centran sobre todo lo que muere, inmovilizando, e incluso condenando, todo aquello que estimula la vida.
10. *Ibid.*
11. Verdier Y., *op. cit.*, pp. 14-15.
12. Ver sobre este tema el notable estudio antropológico del espacio realizado por Edward Hall: *La Dimension cachée*, Paris, Seuil, 1971. Este estudio permite comprender toda clase de dimensiones espaciales que interfieren en las situaciones planteadas al cuidar.

13. *La santé un droit pour tous*, Película realizada por la CREFAC en 1968 dentro de la serie "Certifié exact".
14. Ver a propósito de este tema Montagu A., *La peau et le toucher*, op. cit.
15. Forman M., "*One fly over the cucu's nest*", película norteamericana, 1976.
16. Rogers C., *Les groupes de rencontre*, Ed. Dunod, p. 58.
17. Bergman I., *Persona*, película sueca, 1963, presentada por primera vez en Francia en 1969.
18. Illich I., *Némésis Médicale*, Paris, Seuil 1975, p. 74.
19. Esta desposesión de saberes como el saber de las mujeres para los cuidados de las parturientas y de los cuidados tras el nacimiento no es sólo debida a la fragmentación de los recursos culturales, sino que proviene de la devaluación casi sistemática de todo el saber popular y de la introducción de un nuevo saber transmitido por los "misioneros" de la salud médica, como lo muestran L. Boltanski en *Prime Éducation et Morale de Classe* o I. Joseph y P. Fritsch en *Disciplines à Domicile*. Esta desposesión de saber da miedo, ansiedad y obliga a recurrir con frecuencia, a veces constantemente, al personal médico y sanitario.
20. Bosquet M., *Ecologie et Liberté*, op. cit., p. 32.
21. Corbin A., "Le péril vénérien au début du siècle: prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale", *L'Haleine des Faubourgs*, op. cit. pp. 245-283.
22. Morin E., *Pour sortir du XX^e siècle*, op. cit., p. 79.
23. Colliere M.F., "Les soins de santé primaires: une expression à la mode ou une option sociale, économique et politique?" *Ouvertures* n° 20, quatrième trimestre 1980; y, Fournier C. et Scotto O., "De l'injection médicamenteuse aux soins de santé primaires", op. cit.
24. Dupuy J. P. y Karsenty S., *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil 1974, chap. 1.
25. Bertaux D., *Destins personnels et structure de classe*, PUF, Paris, Collection "Politiques", 1977, p. 14.
26. *Ibid*, p. 16.
27. Estos hechos son constatados por los usuarios de cuidados; algunos han testimoniado por sus escritos la incoherencia del cuidado-respuesta a la necesidad vital que tenían. J P. Dupuy y S. Karsenty hablan de esta eficacia a cualquier precio, desconectada de aquello que plantea el problema, en *L'invasion pharmaceutique*, op. cit., pp. 122-124.

Los cuidados de enfermería... ¿a qué precio?

El hombre no se basta a sí mismo; lo sabe y lo experimenta constantemente [...] Tendrá muchas necesidades que no se pueden reprimir y para las que necesitará ayuda exterior. Esta ayuda, variable según el caso, hay que asumirla de buena gana y pagarla a su justo precio. En resumen, hay que saber reconocer sus dependencias y estar sujeto a sus irremplazables atenciones.¹

Sin embargo, no está prohibido pensar que el precio es excesivo y la relación demasiado agobiante.²

Los cuidados de enfermería son la expresión de una relación de interdependencia que sólo tiene sentido y puede ser eficaz dentro de un circuito de intercambios, donde cada cual toma y recibe, se desarrolla y se forma a través de todo aquello que hace difícil la vida y, al mismo tiempo, despierta la vida de las personas cuidadas y de los cuidadores, la estimula, la hace más creadora y libera su posibilidad de ser, de afirmarse mutuamente como actores sociales.

Si cuidar es, en primer lugar, ayudar a vivir movilizando toda la capacidad de ser de una persona o de un grupo, los cuidados de enfermería deben ser vivificantes tanto para los que los utilizan como para los que ofrecen; sin esto no podrían ser viables. Parece también importante preguntarse por las cosas que tienen un precio ¿para quién? En el ejercicio de la enfermería ¿cómo se puede dar o volver a dar un precio a los cuidados de enfermería, cómo poner y valorar su precio, y hasta qué precio?

Preguntarse sobre lo que tiene precio y para quién

Los cuidados, y entre ellos los cuidados de enfermería, forman parte de la vida, la mantienen y perpetúan o les permiten asumir hasta su final. Por lo tanto, no pueden ser considerados como un acto aislado, sino que se insertan en la trama de la vida y se enfrentan a la pregunta: ¿qué vida hay que mantener?, ¿a qué precio?, ¿por qué razón se existe?

Cuidar no tiene sentido ni valor si no se tienen en cuenta qué cosas tienen precio para las personas, qué tiene para ellas sentido o qué hace volver a dar sentido a su vida. Todo ello es posible si los cuidadores, es decir el personal de enfermería, ha descubierto lugares diferentes de vida: vivienda, trabajo, distracciones; distintas costumbres, hábitos, creencias, así como los valores simbólicos relacionados con todo ello. Este descubrimiento requiere, al mismo tiempo, ver por sí mismo los diferentes medios de vida y tomar distintas fuentes de conocimientos en lo relativo al proceso de la vida y de la muerte, para construir y enriquecer de forma permanente la reflexión de la vida con respecto a la muerte, de los impulsos de la vida y los impulsos de la muerte, de lo que desarrolla la vida, la obstaculiza o la degrada en un medio dado.

También es volver a dar “un precio” al cuerpo, es decir *encontrar el cuerpo habitado, el cuerpo que habitamos*. Es encontrar el cuerpo, lugar de amor y de odio, de placer y de dolor, de relación, comunicación, reflexión, de deseo y de agresividad. Es descubrir y encontrarse con el cuerpo que sufre por el trabajo, el cuerpo de fiesta, de baile, el cuerpo estético, el cuerpo como encrucijada del tiempo y del espacio, el cuerpo simbólico. ¿Cómo podemos cuidar sin encontrar el sentido que tiene el cuerpo sexuado en sí mismo, y la interrelación cuerpo↔afecto↔pensamiento, para intentar comprenderlo con y junto a aquellos que tenemos que cuidar?

Descubrir el cuerpo no puede ser un simple trámite intelectual, es descubrir su lenguaje, y lo que quiere expresar con sus distintas formas de expresión, entre ellas la enfermedad. Es también descubrir el cuerpo portador y transmisor de cuidados, y entre otras cosas, también es descubrir el uso de las manos para cuidar, la sensibilidad del tacto.

Es a este precio que el lenguaje del cuerpo —fundamento de toda comunicación— puede encontrar su significado.

Es a este precio que los signos que utilizan las personas con dificultades y los grupos vulnerables pueden ser descifrados, comprendidos y utilizados con ellos.

Es a este precio, y sólo a este precio, que se puede comprender la dialéctica salud-enfermedad en sus distintas formas de expresión, deseos y contradeseos, y se hace posible correr un poco el velo del simbolismo de la enfermedad.

Es a este precio que puedo situarme, reconocer y comprender como cuidador las situaciones planteadas al cuidar que interfieren con mis propias costumbres y creencias, conocer y comprender lo que puede requerir mi ayuda y la de otras personas.

Sólo abriéndose a una comprensión de los fenómenos humanos, de los fenómenos de la vida, se puede comprender la naturaleza de los problemas que orientan la naturaleza de los cuidados, y entre ellos los cuidados de enfermería. Solamente partiendo de este planteamiento se pueden elegir los medios, se pueden pensar las técnicas para el mantenimiento de la vida y la curación, intentando descubrir qué cosas tienen precio para la vida de las personas, cuál es el sitio y el rol del cuerpo como expresión y comunicación de la vida de las personas cuidadas y de los cuidadores, o cuál es el sitio y el rol de las personas en su medio de vida.

Poner o volver a poner precio a los cuidados de enfermería

Poner o volver a poner precio a los cuidados de enfermería y en consecuencia al servicio de enfermería, es dar por terminada la tarea de cuidar, desconectarla del contexto que le da sentido, es romper la cadena de los trabajos estereotipados; es desarrollar la capacidad de descubrir las necesidades sanitarias, de descubrir la naturaleza de los problemas que requieren cuidados, y de labrar un proyecto de cuidados en colaboración con los médicos y los demás cuidadores.

Todo ello se hará a costa de volver a definir el concepto de cuidado y de buscar medios para responder a ello de forma apropiada. Al menos hay que determinar en qué sentido se utiliza el término “cuidados de enfermería” que, actualmente, comporta todo tipo de connotaciones tanto en los medios de ejercicio profesional como en los medios de formación.

Parece indispensable hacer más precisa la terminología relativa a los cuidados de enfermería, y hacer una distinción neta en lenguaje coloquial entre *trabajo de cuidar* o *tarea de cuidar* que representa un acto aislado de carácter técnico o de relación, y *el proceso de cuidados de enfermería*, que representa el conjunto de una acción curativa que requiere de etapas y de tiempo para recoger la información, para comprender y organizar esta información, y para elaborar y poner en práctica un proyecto de acción y de evaluación de sus efectos. Sin este discernimiento que aclara y justifica la reflexión y la actuación que forma la trama de los cuidados de enfermería, el trabajo profesional de enfermería seguirá siendo irrelevante y seguirá cayendo por su propio peso.

Por otra parte, parece fundamental identificar en cualquier situación que requiere cuidados la diferencia entre *cuidar* y *tratar*, así como la distinta naturaleza que existe entre:

— los *cuidados para el mantenimiento de la vida* relacionados con todas las necesidades vitales fundamentales para que la vida continúe, cuidados para los cuales es indispensable conocer las costumbres y las creencias;

— los *cuidados de curación*, que sólo tienen sentido relacionados con los primeros (exceptuando situaciones de urgencia muy limitadas y temporales, aunque esto no siempre es tan evidente).

Teniendo en cuenta la diferente naturaleza de los cuidados en el proceso de los cuidados de enfermería, será posible:

— considerar aquello que, bajo diferentes aspectos, tiene una *importancia vital* para las personas y los grupos: todo lo que para ellos tiene sentido, ya sea una forma de cocinar, una relación familiar, un animal doméstico, un objeto querido, etcétera;

— relativizar los cuidados de curación integrándolos en el curso de los cuidados, sin aislarlos, sin convertirlos en el todo del acto de cuidar;

— desarrollar mediante el proceso de los cuidados de enfermería un gran campo de creatividad, incluso en un terreno tan desamparado y tan fundamental como el de los cuidados para el mantenimiento de la vida, que, en contra de lo que se cree, exigen muchos conocimientos y competencias.

Volver a dar precio a los cuidados de enfermería tiene, como consecuencia, repercusiones en las personas, tanto en las cuidadas como en los cuidadores:

— las personas cuidadas están consideradas como miembros *participantes de los cuidados*. Además de tener en cuenta sus estatus y sus roles sociales, son activos siempre que es posible. Por eso están interesados, cooperan más, desarrollan la capacidad de responder a sus necesidades, al menos dentro de los límites de sus posibilidades, y por tanto, son más propensos a recuperar el placer de vivir;

— los cuidadores y, por lo tanto, el personal de enfermería, *se forman a través de su función, función que ellos consolidan*. Ellos enriquecen su propia identidad, desarrollando por medio de los cuidados una capacidad potencial que enriquece lo que cada uno es en su calidad de mujer o de hombre.

La profesión permite, por consiguiente, lo que debería ser un hecho en toda profesión, una valoración humana y social. Con Daniel Bertaux, “podemos imaginar un orden social donde lo que nos clasifica no es el oficio que ejercemos, sino que todos los oficios se valoren según cómo se ejercen”.³

Ponerle precio

Todo lo que participa o contribuye a construir y validar una prestación profesional que tenga sentido y calidad para los usuarios de cuidados afecta el precio que hay que poner.

LOS SERVICIOS

Son el lugar donde se ejerce la profesión, y en este sentido son el crisol de la práctica de los cuidados de enfermería. Los servicios son su reflejo *y por tanto es necesario apostar por ellos para asegurar la evolución de los cuidados de enfermería*. Se han puesto demasiadas esperanzas en la formación de base, sobre todo cuando no existían alternativas con la formación continua.

Bien en el hospital o bien en los servicios extrahospitalarios, los servicios son los que pueden dar muestras de los cuidados de enfermería. La formación sólo tiene sentido por su arraigo en y para el ejercicio profesional.

En los servicios, los cuidados de enfermería se pueden desarrollar sólo con la formación de equipos, equipos entendidos no como entidades pre-determinadas por las instituciones, sino equipos que se forman en torno a situaciones dadas y por los cuidados derivados de estas situaciones. De la misma forma que el juego moviliza y consolida a un equipo de jugadores, la interrogación y la reflexión común alrededor de las situaciones dadas es lo que les da vida y sentido, no lo contrario.

Es de igual forma, a nivel de los servicios, que se pueden reajustar y enriquecer mutuamente las diferentes corrientes que influyen en la práctica profesional suscitando:

— Preguntas sobre el uso de tecnologías apropiadas para cada situación: “lo que suscita controversia no es un saber técnico cuando éste es válido, sino la utilización de esta adquisición técnica”, y de lo “que ello confiere dentro de un marco de jerarquía de valores, de salarios, de consideración, de poder”;⁴

— El desarrollo de la capacidad de descifrar y utilizar mejor lo que se puede descubrir en la relación cuidador-persona cuidada, permitiendo un análisis de las situaciones planteadas al cuidar en concertación con las diferentes personas implicadas;

— Una apertura a los medios de vida, las condiciones de vida, y los factores que influyen favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad; los cuidados contribuyen a reducir algunas causas y a limitar el proceso de agravamiento de la enfermedad.

Puesto que los servicios son el centro de expresión de la práctica profesional, pueden movilizar y ajustar los conocimientos derivados de las situaciones y aclarar su significado. Es ahí donde se pueden unir la reflexión y la acción. Es ahí donde se pueden estudiar las condiciones indispensables para asegurar los cuidados de enfermería que toman en cuenta las cosas importantes para la vida de las personas cuidadas sin minimizar lo que esto representa para los cuidadores.

LA FORMACIÓN

Ya sea la formación de base o la formación continua, éstas desempeñan un papel determinante en la evolución de los cuidados de enfermería, ya que dan lugar a conductas, comportamientos y actitudes.

Para que los cuidados de enfermería respondan mejor a las necesidades de la vida es necesario que la formación:

- pueda permitir descubrir la vida de los hombres, en sus aspectos más cotidianos y en sus distintos medios de vida, partiendo del conocimiento de estos medios de vida;⁵

- reduzca la distancia existente entre las distintas ideologías y los medios que utiliza; particularmente entre el centro de ejercicio profesional y el centro de enseñanza;

- parta de las situaciones vividas y permita aprender a reflexionar basándose en dichas situaciones y en diferentes dominios del conocimiento: “Quizás haya que adquirir otros conocimientos, tal vez haya que plantearse actualmente otras preguntas, partiendo, no de lo que otros han sabido, sino de lo que han ignorado”.⁶

Esto quiere decir que la formación “parte del principio de que los problemas son desigualmente conocidos, y en especial que la naturaleza de un problema en una situación enfermo/familia determinada no puede conocerse completamente por adelantado”.⁷

Ya no se trata de formar enfermeras y enfermeros que apliquen un conjunto de conocimientos técnicos o de otro tipo ante unos signos y unas normas, sino de prepararlos para descubrir y reconocer las situaciones, y buscar junto con las personas qué es lo que puede tener sentido para ellos. Se trata también de intentar que la enfermera “aprenda a cuidar de tal manera que encuentre en ello una satisfacción”, factor que ha estado muy desatendido e incluso ha sido menospreciado.⁸

Todo esto requiere personas que hagan que la formación:

- que ellas han descubierto por sí mismas sea lo que quieren que descubran las alumnas o las enfermeras;

— que hayan vivido la práctica del análisis de las situaciones en un proceso constante de descubrimiento de hechos, de preguntas sobre su significado, de enriquecimiento por los conocimientos incluidos en las situaciones;

— que no estén desvinculadas del campo del ejercicio profesional ya que en este caso, lo que transmiten pierde todo su sentido.

Cada día estoy más convencida que una profesión no se enseña, se *comunica*. La comunicación es una relación que se establece y se crea entre las personas que están afectadas por una(s) misma(s) situación(es), y que uniendo sus capacidades para encontrar un sentido, puedan proponer las pautas de lo que movilizará su acción. No es la enseñanza, sino la comunicación la que hace que se puedan transmitir las experiencias de un patrimonio profesional y la que favorece este proceso si mantiene su sentido, que no es una discusión de ideas ficticias, sino una movilización de lo que se descubre y se aprende en el ejercicio profesional. Esto supone que todos aquellos que transmiten el contexto profesional tienen que estar en contacto con lo que se vive en la práctica diaria, y que partiendo de determinadas situaciones tienen que poner en marcha sus cuidados de una forma diferente y complementaria, buscando junto con el personal de los servicios el significado de las necesidades de los cuidados y cómo se puede responder a ellas. Contrario a lo que ocurre con una enseñanza estática que por lo general se reduce a un cúmulo de conocimientos fijos, se pueden movilizar de forma adecuada unos conocimientos variados y diferenciados que permiten así aumentar el saber profesional partiendo de un interrogante sobre las situaciones planteadas al cuidar.

Si las enfermeras y enfermeros dedicados a la formación no se preguntan directamente por los cuidados de enfermería a partir de determinadas situaciones vividas con los equipos de cuidados y con los alumnos, están al margen de la práctica profesional y lo que hacen no tiene sentido. Por el contrario, si comparten con los demás las situaciones planteadas en el ejercicio profesional, se relacionan con ellos por medio de los cuidados aun teniendo una función diferente que sigue incluida y actúa dentro de la actividad de aplicar cuidados.

LA INVESTIGACIÓN

La investigación en cuidados de enfermería ofrece nuevas vías a la profesión si ésta se propone tratar de identificar el servicio que ofrece a

la población, diferenciar mejor los factores que favorecen o inhiben este servicio, tanto para los usuarios como para el personal, y tener una mayor concientización de las implicaciones sociales, económicas y políticas de la acción sanitaria que pretende.

La investigación es, en principio y ante todo, una actitud de cuestionamiento que se inicia con un interrogante sobre uno mismo como actor social. "Cualquier estudio, y particularmente los basados en las ciencias humanas, se inscriben evidentemente en un camino lento y complejo de investigaciones relacionadas consigo mismo y con el mundo."⁹

La investigación sólo podrá contribuir a dar más significado a los cuidados de enfermería si permanece próxima a las personas cuidadas y a los cuidadores, si se investiga con ellos, se les moviliza y se hacen accesibles y utilizables sus resultados. Por eso es importante replantearse de forma constante su finalidad así como los instrumentos que utiliza, que esté atenta ante el riesgo de la ilusión científica y que no se abandone a un uso desmedido e inapropiado de las metodologías que sustituyen o confortan la pobreza de los contenidos profesionales.¹⁰

Para que tenga sentido, la investigación no puede ser una actividad de personas aisladas, debe abarcar tanto a las personas cuidadas como a los cuidadores.

La investigación nos ofrece un abanico de posibilidades. La vía por la que la encaucemos le dará significado y orientará su utilización.

LAS PUBLICACIONES

Son la expresión de la creación de un pensamiento profesional que integra conocimientos sintetizados por ellas, permitiendo así la retransmisión y la posibilidad de seguir su evolución y sus diferentes orientaciones.

Pero no sólo basta con publicar. Las publicaciones no tienen sentido si no dan lugar a una acción; esto supone que deben tener acceso a los centros de práctica profesional, sirviendo realmente de instrumento de trabajo, alimentando la reflexión en el mismo terreno de la acción y siendo la expresión de la aplicación de cuidados.

Como la enfermería ofrece un servicio importante para las necesidades de los hombres, es importante que los textos de enfermería franqueen la frontera del medio profesional y contribuyan a enriquecer el patrimonio de conocimientos del hombre, tal y como hacían y siguen haciendo los cuidados proporcionados por las mujeres cuidadoras en las sociedades de tradición oral.

Calcular el precio

La interrogante sobre lo que identifica los cuidados, el servicio de enfermería y las condiciones indispensables para llevarlos a cabo, parten de una misma cosa. Para que los cuidados de enfermería respondan de una forma más apropiada a las necesidades de los hombres hay que esforzarse por reducir la diferencia entre una ideología sublimada de los cuidados, y los factores que rigen el ejercicio profesional. Esto exige no separar la función de gestión de los cuidados de la función de cuidar de la que procede, y no a la inversa.

Esto implica estudiar la coherencia entre los objetivos buscados y los medios para conseguirlos, así como saber argumentar las condiciones indispensables para la puesta en práctica de los cuidados de enfermería centrados en el desarrollo de la vida. Hay que tener en cuenta especialmente:

— *el espacio*, no sólo los lugares apropiados para los cuidados, sino también para la conversación, la documentación, la reflexión y los lugares de espera;

— *el tiempo*: que el tiempo de reflexión individual, en grupo o en equipo, sea considerado como un tiempo de trabajo. Esto no significa forzosamente tener más tiempo, en muchas ocasiones es cambiar el valor de la utilización del tiempo;

— *el número*: el personal cuidador efectivo no puede ser calculado en función del número de camas, sino en función de la naturaleza de los cuidados de mantenimiento y de curación determinados por el tipo de defectos físicos, mentales, afectivos y de los problemas con los que están relacionados. En el sector extrahospitalario intervienen además factores geográficos, de densidad de población, de vivienda, etcétera.

Calcular el precio de los cuidados es buscar cómo paliar la falta de personal y estudiar una mejora del destino del personal de enfermería y una mejor utilización de sus competencias. El número puede ser engañoso. En algunos servicios es extremadamente insuficiente, pero el número no siempre es la razón de la mala calidad de los cuidados, el “tiempo” puede servir de refugio y de excusa para un replanteamiento de los cuidados:

— *la formación continua* mencionada anteriormente. También puede hacerse por medio de reuniones e intercambio de impresiones a partir de situaciones estudiadas en el servicio, no por acontecimientos ni circunstancias al azar, sino previstas como un medio, un instrumento de trabajo del que no se puede prescindir;

— *la carrera de enfermería*, teniendo en cuenta el valor social y económico de los cuidados de enfermería. *No podrá haber un desarrollo de los cuida-*

dos de enfermería mientras no se reconozca lo que representa el trabajo realizado por aquellas personas que proporcionan diariamente los cuidados necesarios para el mantenimiento de la vida y la curación.

Actualmente, ninguna enfermera puede seguir cuidando a los enfermos y a las personas si quiere hacer carrera; de ahí la sangría profesional, bien sea por dejar la profesión o por acceder, lo más rápido posible, a una especialización o a la enseñanza. Mientras no exista una nueva valoración de los cuidados de enfermería de base que tenga en cuenta la necesidad de desarrollar los cuidados para el mantenimiento de la vida y relativice los cuidados de curación, habrá un estrangulamiento constante y continuo de la práctica de enfermería; de ahí la inestabilidad profesional y el deseo de huir. Todo esto ocurre tanto en el medio hospitalario como en el extrahospitalario.

Esto exige estudiar una carrera con progresión del índice salarial para las enfermeras y enfermeros de base que, junto con las auxiliares, realizan el trabajo más desagradecido y pesado de los cuidados cotidianos.

Esto exige también reconsiderar la proliferación jerárquica y la creación de categorías de personal “auxiliar” que de hecho asume lo esencial de los cuidados para el mantenimiento de la vida sin tener un reconocimiento social y económico.

Esto reclama orientar de una forma totalmente diferente las especialidades, que por el momento, siguen volcadas en la técnica. Las especialidades sólo tendrán sentido —si no se supermultiplican y se centran únicamente en los cuidados de curación— si preparan enfermeras que hayan adquirido una gran capacidad en un determinado campo de los cuidados (cuidados de los niños, de los ancianos) para dar consejos a otras enfermeras polivalentes, es decir, a enfermeras que no están especializadas sino que dominan el conjunto del proceso de los cuidados. Cuanto mayor sea la preparación de las enfermeras y las auxiliares sanitarias para ocuparse sólo de los ancianos, por ejemplo, más se obstaculizarán los cuidados de los ancianos al sustraerles del resto de la población, y volcando a los cuidadores sólo sobre los ancianos, cosa que no pueden hacer eternamente. Por el contrario, algunas enfermeras que han hecho una especialización en gerontología pueden ayudar a equipos a domicilio o de servicios hospitalarios a hacer frente a algún problema más específico.

Además de las especialidades, hay que reconsiderar también la función de supervisión que la mayoría de las veces está asfixiada entre las exigencias profesionales y los objetivos institucionales. ¿La función de “supervisión” es compatible con el desarrollo de las capacidades polivalentes del personal cuidador? ¿La multiplicación de las funciones de supervisión no se acompaña de un subdesarrollo de las aptitudes de los

cuidadores? ¿Qué necesidad tienen los equipos cuidadores de “*ser supervisados*”? La fragmentación de los cuidados en tareas especializadas lleva consigo una proliferación de estatus jerárquicos de diversos cuerpos del personal cuidador, que a menudo debe estar encauzada por la función de la supervisión.¹¹ Más que una función de supervisión, ¿no valdría la pena intentar desarrollar las funciones de concertación y coordinación de los cuidados para que la gestión de los cuidados y del servicio de enfermería esté basada en la participación de los miembros del equipo cuidador en la elaboración y realización de los proyectos de cuidados?

Ninguno de estos factores puede ser considerado de manera aislada. Para ser significativos no pueden estar disociados de los cuidados cuyo estudio es necesario para distinguir la naturaleza de los cuidados que responden a las necesidades de la vida y también para propiciar la aparición de las condiciones indispensables para su realización.

Calcular el precio de los cuidados y del servicio de enfermería es también *apreciar su costo y su repercusión económica*; estos dos aspectos no pueden considerarse tampoco de forma aislada. Esto supone buscar otros medios de evaluar el costo de los cuidados sin partir casi exclusivamente de las tecnologías utilizadas como los equipos, los aparatos o las medicaciones. No podemos considerar aisladamente el costo de los salarios y las cargas sociales del personal, sin tener en cuenta las repercusiones socioeconómicas de los cuidados en relación con el grado de dependencia de las personas cuidadas. Para el sector extrahospitalario esto supone estudiar el costo de los cuidados de otra forma que no sea partiendo del costo de los cuidados-tareas en los cuidados a domicilio, o sin la valoración socioeconómica del servicio ofrecido, como ocurre en el PMI o en la sanidad escolar.

Calcular el costo y la repercusión económica de los cuidados de enfermería supone estudiar las condiciones sociales y económicas que obstaculizan el desarrollo humano, y tener en cuenta todos los factores socioeconómicos que contribuyen al desarrollo de la salud tal y como recomienda la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia de Alma Ata.¹² Esto quiere decir que el personal de enfermería no puede quedarse al margen del aspecto económico de los cuidados, como ha hecho hasta este momento.

¿Hasta qué precio?

Ofrecer cuidados de enfermería que estén mucho más adaptados a las necesidades de la población no puede hacerse a cualquier precio, esto con respecto tanto al aspecto psicosocial como económico de los cuidados.

Para cuidar, hay que amar la vida

Si cuidar es ayudar a vivir, devolver la vida o permitir a la gente vivir su muerte (en lugar de morir su vida), se hace dando su propia vida. Pero no es posible comunicar la vida, permitir a la vida de otros continuar, sin continuar uno mismo amando la vida, deseando vivir, construyendo su vida. Ahora bien, desde la identificación de los cuidados de las [mujeres] consagradas, las y los que administraban los cuidados debían quedarse al margen de la vida. Cuidar se había convertido en una función oblativa, nutrida del espíritu de sacrificio. “Ahora bien, el espíritu de sacrificio es siempre muy sospechoso. No entendemos por qué motivo una persona sana de espíritu debería espontáneamente sacrificarse en lugar de gozar la vida lo más posible, y esto no sólo en los momentos privilegiados de su existencia, sino de forma cotidiana, varias horas al día, durante muchos años, sin descanso.”¹³

Todavía muy a menudo, las profesiones sanitarias y sociales se eligen por motivaciones altruistas nacidas de la necesidad de compensaciones afectivas.

De hecho, “las profesiones deberían ser elegidas porque nos gustan, nos satisfacen, nos dan alegría, nos enriquecen, nos estimulan, aun si a veces conllevan situaciones momentáneas en las que debemos tener un “espíritu de sacrificio”.¹⁴

Para que cuidar sea soportable, se tienen que tomar en cuenta las condiciones materiales, afectivas y sociales de los cuidados

No es verdad que alguien puede cuidar toda su vida a enfermos moribundos, o a enfermos crónicos, sin renunciar a una gran parte de su vida. Ni siquiera es verdad que se puede hacer temporalmente, sin tener uno mismo acceso a medios de expresión para esos sentimientos, sin exigir condiciones de trabajo que tengan en cuenta la dificultad de los cuidados, así como el número de personas que requieren cuidados y la naturaleza de sus padecimientos. Al conocer el método de análisis de situación que permita identificar los cuidados, es indispensable al mismo tiempo distinguir las condiciones que permitan realizar estos cuidados. Las enfermeras y los enfermeros tienen que sensibilizar e interesar al público y a otras profesiones sanitarias y sociales, sobre las condiciones de trabajo, en todo el sentido de la palabra, que requieren los cuidados de enfermería.

No tener esto en cuenta es transportar los cuidados a un terreno ideológico desconectado de la vida de las personas cuidadas y de los cuidadores, desencarnado.

Esto como consecuencia supone que los cuidados no sean la contraparte de un desecho social, encargándose de lo que la gente no quiere en una sociedad que niega la muerte y excluye a los enfermos. De ahí la necesidad de resituar los cuidados como valor de uso, en una corriente de reciprocidad, en donde las personas se sientan interesadas en la naturaleza y la calidad de los cuidados que esperan comprendiendo el precio social y económico, las obligaciones, los límites, sintiéndose ellos mismos parte importante de la concepción y de la instalación de cuidados que responden a sus necesidades.

El camino de los cuidados no es sólo cosa de los cuidadores, sólo tiene sentido, tanto para los cuidadores como para las personas cuidadas, a nivel de un análisis hecho con los usuarios de cuidados y las personas que pueden aportar alguna contribución complementaria, a la capacidad que tienen las personas de cuidarse a sí mismas.

Preguntarse sobre el precio de los cuidados y del servicio de enfermería, es encontrar lo que crea su propia identidad; es preguntarse cuál es su fundamento, cómo se elaboran y se realizan, y cuál es su aporte y significado en relación con *lo que tiene sentido para la vida de las personas, y toma sentido para la vida de los que cuidan*. Es preguntarse cómo unos cuidados que parten de situaciones de vida, que se buscan y se elaboran a partir de condiciones de vida, teniendo en cuenta el sentido de la vida, pueden, en un mismo trámite, probar su valor social y justificar su valor económico.

Los cuidados de enfermería que adquieren sentido para el hombre no serán realizables a menos que se distancien de las ideologías desconectadas de la vida cotidiana, y que encuentren su soporte, su fundamento, su razón de ser, en todo lo que da origen a la vida, en lo que la encarna, en las situaciones de vida tal y como se presentan y se viven. Son las situaciones portadoras de vida las que soportan el vector de todo proyecto de cuidados, ya sea individual, de grupo, o proyectos con componentes sociales, económicos y políticos.

Preguntarse sobre el precio de los cuidados, es realmente buscar lo que crea el hombre en la fluctuación y la dinámica de lo que lo motiva y lo mueve, entre las fuerzas de vida y las de muerte, de salud y de enfermedad, todo ello dentro de una interacción permanente entre personas cuidadas ↔ cuidadores, insertos en un grupo social dentro de un medio de vida.

Es reencontrar unos cuidados que permitan, tanto a los que los necesitan como a los cuidadores, construirse y realizarse, por lo tanto valorarse gracias a la continuidad del proceso de cuidar, y poder demos-

trar el valor económico relacionado con el valor social. Es resituar a los cuidados, dentro de la amplitud de su dimensión social, en el seno de los proyectos sociales.

NOTAS

1. Memmi A., *La dépendance*, Paris, Gallimard, 1979, p. 187.
2. *Ibid.*, p. 113.
3. Berthaux, F., *Destins personnels et structure de classe*, Paris, PUF, 1977, p. 42.
4. Laborit H., *La nouvelle grille*, Paris, Laffont, 1974, p. 234.
5. Allen M., *Évaluation des programmes d'enseignement infirmier*, OMS, Genève, 1977, pp. 18-19.
6. Moscovici S., cité par Morin E., *op. cit.*, p. 7.
7. Allen M., *op. cit.*, p. 34.
8. *Ibid.*, p. 35.
9. Sainsaulieu R., *op. cit.*, p. 12.
10. Karsenty S., "L'enquête sociologique, un troisième oeil pour l'infirmière", *Infirmière Enseignante*, n° 8 et 9, 1978.
11. Laborit H., *La nouvelle grille*, *op. cit.*, pp. 118-126.
12. "Conférence d'Alma-Ata", *Chronique O.M.S.*, novembre 1978.
13. Belloti E., *Du côté des petites filles*, Paris, ed. des femmes, 1974, p. 168
14. *Ibid.*

Conclusión

*Es fácil basar el orden de una sociedad en la sumisión de sus miembros a unas reglas fijas. Es fácil educar a un hombre ciego que sufre, sin protestar, como un maestro o un Corán. Pero el éxito es realmente grande cuando se libera al hombre, y se hace que se convierta en él mismo.**

La subordinación de la práctica profesional de enfermería a la determinación del rol de “la enfermera” hace preguntarnos por las razones de las dificultades encontradas al identificar la prestación y el servicio de enfermería.

Este libro es el largo trayecto de un camino oculto entre las sombras de un pasado lejano; aparece actualmente para comprender mejor la trama de todo lo que precede a los recientes “cuidados de enfermería”.

Comprender mejor el pasado permite entender el significado original y primordial de los cuidados: mantener, promover y desarrollar todo lo que existe o queda de potencial de vida dentro de los seres vivos. Elaborados particularmente por las mujeres alrededor de la fecundidad, los cuidados han visto modificar profundamente su concepción con la llegada de la Era Cristiana y la aparición de la medicina “científica”. Despojada de su saber, privada de la renovación de sus conocimientos, dividida en tareas disociadas, la función de cuidar se convierte en una función subalterna desprovista de todo valor social y económico, hasta el día en que bajo el impacto de la presión médica se transforma en una función “tratante”. A espaldas de las cuidadoras y encerrados en un rol que prescribe “las conductas que hay que seguir”, los cuidados se transforman en tratamientos, manteniendo sólo su denominación pero perdiendo lo esencial de su razón de ser.

Por lo tanto, “cuidar de la vida” sigue siendo tan vital para los hombres de hoy en día como para los de ayer. ¿Quién asumirá esta función irremplazable de la que el mundo no podría prescindir? Esta vía está abierta a la enfermería, que después de un siglo de profesionalización sigue buscando su identidad: la identidad de su campo de competencia, la de los cuidados de enfermería. Esta última no puede seguir asimilada al

* Saint-Exupéry, *Pilote de guerre*.

rol de la enfermera o del enfermero, ni calcarse del modelo de enfermería, aunque surja a partir de una teoría. Sólo se puede encontrar si situamos el acto de cuidar, que proponemos a los usuarios, como algo diferente y complementario de los cuidados médicos, y si reconocemos su validez.

Este libro ha sido escrito con el deseo de que todas aquellas y aquellos que, junto con las personas cuidadas, intentan volver a dar sentido a los cuidados y movilizar las fuerzas de vida, puedan consolidar su capacidad para realizarlo.

Así como la vida de la cual surgen, los cuidados, entre ellos los de enfermería, tienen y tendrán que seguir buscándose. Como la vida de la que se ha dicho había que reinventarla, debemos reinventar los cuidados... Unos que sean convenientes para la vida, unos desalienantes que vuelvan a dar sentido a la misma, tanto la de los receptores como la de quienes los administran. Cuidados que devuelvan al hombre su vida y su muerte, desde el nacimiento sin violencia hasta la muerte elegida, permitiendo tanto a las personas cuidadas como a los cuidadores no tener que callar su propia identidad detrás de un rol, sino poder hacer que se reconozca, se desarrolle y se afirme.

Anexos

La selección de textos que aquí se presenta sirve para ilustrar la influencia progresiva y continua del concepto que de la mujer, especialmente de la [mujer] consagrada, tenían los Padres de la Iglesia. El texto de Yves de Chartres, en el que ya se anunciaba la clausura, es testimonio de la obligación de olvidar un cuerpo despreciable, y para este fin entregarse a la oración y al trabajo. El trabajo deriva su fuerza de la seguridad en cuanto a una recompensa en el más allá, y de la satisfacción de hacer el bien en este mundo. Todos estos factores llegarían a ejercer una influencia predominante sobre la [mujer]-enfermera y continuarían marcando lo que llegaría a convertirse en el ejercicio de la profesión.

A LAS MONJAS DE SAINT-AVIT (1091-1092)

Yves, por la gracia de Dios obispo de Chartres, a las vírgenes consagradas a Dios en el monasterio de Saint-Avit en Dunois: complacer al Esposo de las vírgenes conservando la virginidad.

El nombre de virgen es glorioso, pero más gloriosos son los frutos de la virginidad (...) La virginidad es la virtud de la ciudad celestial, el honor de los ciudadanos del cielo, allá donde nada se puede perder de la integridad propia, donde ya no hay que lamentar corrupción alguna. Cuanto más cuidadosamente la tenga uno por modelo en esa ciudad nueva, más familiarmente le regocijará el Esposo de las vírgenes con sus visitas y su caridad (...)

Es con Cristo, en efecto, con quien escogieron desposarse por medio de sus votos, no con los clérigos. Han hecho votos de desposarse con Cristo, y no de participar en los coloquios de los seculares. El recinto de vuestro convento está hecho para que no recibáis a quienes aman al mundo en la fortaleza de las que huyen del mundo, para evitar que os presentéis en público y para que no permitáis que la visión corporal del mundo, las arrastre con imaginaciones vergonzosas y destruya en el interior de vuestras personas la virginidad y someta igualmente vuestro cuerpo a la corrupción. ¿Cómo podréis permanecer castas, si cada día buscáis mantener conversaciones públicas o privadas con hombres sin pudor? Habéis leído lo que está escrito: Las malas conversaciones corrompen las buenas costumbres. La bienaventurada Virgen María, cuya vida ha sido propuesta como especial modelo para las vírgenes de Cristo, no vivía en público ni se complacía en conversaciones galantes cuando fue saludada por el ángel, cuando el Espíritu Santo la cubrió con su sombra y cuando se convirtió en madre del Salvador. Igualmente, las otras santas mujeres que quisieron complacer a Dios mediante la santidad de su vida evitaron siempre la conversación de los hombres, exceptuando la de aquellos a los que su caridad les aconsejaba prestar auxilio en sus necesidades, o la de aquellos de quienes ellas recibían la gracia de sus santas exhortaciones. Jamás, sin duda, se esforzaron por agradar a los amigos de la carne por medio de ropajes preciosos, de un rostro cubierto de embellecimientos, de un gesto lujurioso o del abandono en los andares. En efecto, el esposo inmortal busca en vuestro interior una belleza incorruptible, y no la belleza corrompida del ser exterior. Así, podréis leer en un salmo, a propósito de la esposa de Cristo: Toda su gloria de hija de rey está en el interior.

Por tanto, lo que conviene en primer lugar a la virgen de Cristo es la humildad de corazón, la palidez de un rostro marchitado por la privación, la sequedad que produce el silicio sobre una piel que no conoce los cuidados de los baños frecuentes; le conviene la reserva a la hora de hablar, la obediencia a la hora de escuchar; la frugalidad en el comer, la sobriedad en el beber, la gravedad en los andares, la rudeza en el vestir, y no la prodigalidad que fomenta la debilidad en el alma y que es indicio de la misma: en todos estos extremos no hay que consultar con la sensualidad, sino con la necesidad. Porque, en efecto, al igual que se reconoce a la casa honesta ya desde el vestíbulo, el estado de un alma religiosa se revela por estos signos exteriores, y por ellos el alma progresa cada día en el desprecio hacia sí misma. Cuanto más se envilece uno a sus propios ojos, más se elevará a los ojos del Creador.

También habéis de entregaros en todo momento a la oración, a la lectura o al trabajo, para que el diablo os encuentre ocupadas y que vuestros espíritus no queden expuestos a la distracción de los malos pensamientos. Leemos que era costumbre en los monasterios de Egipto no acoger a nadie que no quisiera trabajar; y no porque el trabajo fuera necesario, sino para evitar la ociosidad, que es la enemiga del alma. Ante esto responderéis quizás lo que dirían algunos al abandonar a Dios para entregarse a Satanás: “Este lenguaje es severo. Nuestros tiempos no pueden admitir tales cosas, nuestra noble cuna no las puede soportar.” Yo os respondo: “¿Quién de vosotras es más noble que la bienaventurada Cecilia, que castigaba sus miembros con un silicio? ¿Quién de vosotras es más delicada que la bienaventurada Inés, que no sólo despreció la alianza con los nobles, sino que, como ella misma nos dejó dicho, atravesó las impurezas de la carne por un sendero sin mancha?” Los siglos rebosan de ejemplos de religiosas y religiosos de todas las condiciones, de ambos sexos, de todas las edades, que han agradado al Señor por los medios citados. ¿Por qué, pues, no podréis hacer por el Padre de la luz lo que éstos y éstas hicieron?

Retened por tanto estos pensamientos, amadísimas hermanas; uníos al Esposo inmortal, prodigadle todo vuestro amor: velad de ahora en adelante por vuestra reputación que habéis mancillado en parte. Que no me vea obligado algún día a acudir a vosotras con azotes; que no os halle como no deseo hallaros, que no me halléis como no deseáis hallarme. Quiero y mando, en virtud de la más estricta obediencia, que una vez por semana se dé lectura a esta carta en vuestra comunidad, con el fin de que aprendáis a evitar con todo cuidado lo que en ella es deshonesto y que estudiéis la manera de observar con alegría y valor lo que es honesto y conveniente a vuestra salvación. Portaos bien.

Texto extraído de la correspondencia de Yves de Chartres.
Pequeños tratados de espiritualidad, “De la condición de las vírgenes”.
 Ediciones del sol naciente, 1958.

Este texto de los archivos del Hospital General de Lyon ilustra la naturaleza del *contrato económico* establecido entre los rectores del hospital y aquellas que se consagraban al servicio de los pobres. El único compromiso por parte del establecimiento para con las mismas consistía en “alimentarlas y mantenerlas” (vestidos, alojamiento), condiciones indispensables sin las cuales ellas no habrían estado en condiciones de trabajar.

Varias jóvenes se presentan para ser admitidas definitivamente al servicio de los pobres de la casa. Observaremos, quizás con cierto interés, la naturaleza de su solicitud y de su admisión.

“Las cuales manifestaron con gran humildad que, habiendo sido inspiradas por el cielo a dedicar el resto de sus días al servicio de los enfermos pobres de este Hospital de Dios, fueron admitidas; acto seguido, se les hizo entrega del hábito de la casa, e incluso desde hace aproximadamente un año y medio, se les hizo entrega de la cruz; durante cuyo tiempo, que constituye una especie de prueba, por la misericordia del Señor continuaron firmes en su primer propósito, hasta el punto de que para beneficiarse de tan gran perseverancia suplican muy humildemente a los Señores Rectores que les concedan un acta de fundación o de recepción, como a las demás que están destinadas mientras vivan a este empleo, con su alimento y manutención, sin prenda o recompensa alguna aparte de las que esperan de la misericordia divina, a cuya llamada han acudido, no pidiendo sino que después de sus muertes se hagan algunas oraciones por el descanso de sus almas.

“Tras lo cual, habiéndose informado debidamente los susodichos señores, por medio de sus visitas generales y particularmente así como del informe del Señor Ecónomo, de las buenas costumbres y de la piedad, vigilancia y de fidelidad de las mismas, etc., determinaron por unanimidad, tanto en su propio nombre como en el de sus sucesores, que las mismas sean recibidas como hijas de la casa, para ser alimentadas y mantenidas y empleadas mientras vivan al servicio de los pobres enfermos, sin que puedan ser despedidas, y observando en ellas la obediencia, castidad y fidelidad requeridas; de ser así, en caso de enfermedad serán auxiliadas con todo lo necesario; y después de su muerte se celebrarán por sus almas los oficios y oraciones acostumbrados.”

Extracto del Registro correspondiente al año 1674, págs. 435-436. Archivos del Hôtel-Dieu, de Lyon. Museo de los Hospicios Civiles de Lyon.

CUADERNOS DE LAS ALUMNAS LA ENFERMERA PERFECTA

¡La enfermera perfecta! En eso mismo se propone convertirse la joven que, impulsada por todo un conjunto de sentimientos, de disposiciones interiores, decide consagrarse a los enfermos y comienza a estudiar para llegar a proporcionarles alivio. Si su vocación es verdadera, siente en su interior un fuertísimo amor por el prójimo, dispone de grandeza de espíritu y es generosa, abnegada y perseverante a la hora de acudir en ayuda de quienes son menos afortunados que ella. Todas éstas son disposiciones que Dios le ha concedido para enseñarle el camino y ayudarle a seguirlo.

Ante los nuevos deberes con los que se habrá de enfrentar, ella debe reflexionar, saber qué nuevas cualidades le son necesarias para alcanzar su objetivo.

Su amor al prójimo le dirá que ha de ser buena sin límites pero con justicia; buena en sus palabras, buscando siempre causar placer, controlar, distraer, alentar; buena en su manera de suministrar cuidados, ha de ser dulce, paciente, jamás malhumorada, jamás brusca; que ha de tener en cuenta, en la medida de lo posible, los deseos del enfermo, sus manías, sus debilidades; ha de ser incansablemente buena de la mañana a la noche; buena con todos, tanto los más simpáticos como los más desagradables. Ha de estar pendiente del más mínimo detalle de los cuidados, siendo ingeniosa para hallar el medio de hacer soportables la enfermedad, las contrariedades, poniéndose en el lugar del enfermo para imaginarse qué es lo que podría animar su situación como anima un rayo de sol.

Será alegre para que descansen los de su entorno, pero su alegría no resultará ofensiva para el enfermo; será tranquila, y le dará paz y fuerzas renovadas cuando sea necesario; una vez más, estudiará el estado de ánimo de su enfermo para saber cómo abordarle, ya que cada enfermo tiene sus ideas propias. La perfecta enfermera nunca podrá hacer demasiado por el ser enfermo que se le ha confiado; deseará que éste manifieste más claramente su voluntad, temerosa de no haberla satisfecho debidamente; su entrega le hará olvidar el cansancio, no durará en levantarse cincuenta veces, si estas cincuenta veces aportan bienestar a su entorno.

Producirá la impresión de que uno se puede dirigir a ella para recibir alivio, que ella desea que esto suceda, que lo contrario le apenaría. Sus ideas se llevarán a buen fin; no pasará sin motivo de una tarea a otra, incluso si ésta le produce disgusto; en tal caso, por el contrario, desearía liberarse de la misma forma inmediata y a la perfección.

Su espíritu de observación estará alerta en todo momento para ver qué se ha de hacer y cómo. No le será confiada ninguna tarea sin que la complete a conciencia, escrupulosamente; el control ajeno le es superfluo, y no produce cambio alguno en su manera de hacer las cosas.

Es sincera, leal, dice las cosas como son, realiza a conciencia lo que se le encomienda, guarda escrupulosamente cualquier secreto que le sea confiado o que pueda sorprender.

Si se le hace una observación, la acepta; estudia su propio comportamiento, toma buena nota de lo que le incumbe y deja pasar aquello que pudiera ser injusto.

Es discreta; responde ante el enfermo que la pone al tanto de sus asuntos, y le aconseja sin jamás interrogarle para saber si omite algo en sus palabras; una vez lejos de él, olvida todo lo que el enfermo podría haber dejado escapar.

Es tranquila, pausada; está cerca del enfermo como un ángel de la guarda, siempre alerta, suministrando sus cuidados sin ningún ruido, sin aspavientos, con precisión de movimientos.

Nunca habla sin motivo y se limita a responder en la conversación. Sus supervisores siempre la ven activa, cortés, tranquila, entregada; su confianza en ella es total, y la saben sumisa y respetuosa, amable, diligente. Ante el médico es toda oídos, con el fin de captar bien sus consejos: éste escucha sus informes claros y precisos, y el reconocimiento de los errores que ella hubiera podido cometer involuntariamente. Ante el médico ella es respetuosa, sumisa; sabe estar en su sitio, y le inspira confianza.

El enfermo la aguarda con impaciencia; se sonroja de placer al verla entrar, le cuenta sus penas, seguro de que le escuchará hasta el final, le comprenderá, se compadecerá de él y deseará consolarle una vez más, como ella sabe hacerlo.

Para el enfermo, ninguna mano es tan suave como la de ella, ni tan hábil. La poción recibida de su mano es mucho menos desagradable. La enfermera que le brinda todos sus cuidados es por el momento la única felicidad que él desea y puede sentir; sólo ella le puede convencer. Con su uniforme de un blanco immaculado, siempre fresco, siempre impecable, con su rostro y sus manos limpias y arregladas, la perfecta enfermera refleja el cuidado que le merecen la higiene y el orden, dos cualidades que están presentes en ella al igual que ella hace que estén presentes en todos los cuidados que proporciona al enfermo.

Vela por su propia salud; si la fatiga apareciera sobre su rostro, le estaría permitido ocultarla con el fin de que el enfermo no se entristeciera ante unos rasgos cansados y dignos de compasión. Sin caer en la coquetería, ella debe, no obstante, intentar resultar agradable a la vista, procurar con su aspecto el reposo a quien sólo le tendrá a ella como distracción.

Su aspecto será digno, e impondrá el respeto a todos sin excepción, sabrá demostrar que es “alguien”, y que como tal ha de ser tratada.

Ante el enfermo actuará con tacto; no le ofenderá, sino que aceptará sus ideas, intentando comprenderlas. Tampoco ofenderá a las personas de su entorno, mezclándose con las mismas lo menos posible, explicando en la medida que sea necesario su forma de pensar sin intentar imponerla.

Respetará las convicciones del enfermo y también sus gustos, sabiendo no obstante imponer reformas cuando éstas contribuyan al bienestar del enfermo. A domicilio, por ejemplo, sabrá ordenar el cuarto dejando el menor número de objetos posible sin transformar, ya que de no ser así, el pequeño rincón que tan agradable le resulta al enfermo gracias a la presencia de sus objetos queridos se volvería una celda donde se creería despojado para siempre de todos sus bienes terrenales.

La sangre fría de la enfermera hará que en cualquier momento esté dispuesta a todo y que siempre sea útil. Cultivará todas estas cualidades sin cesar, de manera siempre renovada; una gran humildad le hará ver no lo que posee y lo que hace, sino lo mejor que se puede hacer, con el fin de vivir no para ella, sino en los demás y para los demás en todo momento.

— E..., alumna de 2° año.

L'Infirmière Française, 1927, págs. 350-352.

CUADERNOS DE LAS ALUMNAS DEBERES PARA CON LOS SUPERIORES

Sean cuales sean su valía y el puesto que ocupe, siempre habrá alguien por encima de la enfermera, y por tanto ésta siempre tendrá deberes hacia sus superiores, que harán necesario que ella misma ejerza un autocontrol.

Los deberes hacia los superiores se resumen en la actitud y la conducta que se han de mantener de cara al médico, a la directora y a la administración.

I. De cara al médico. El médico es el primer superior de la enfermera. Ella mantendrá con él un contacto directo y cotidiano, y jamás deberá desviarse de la actitud profesional. Ella le deberá:

1° *Respeto*, rindiendo homenaje al hombre de conocimientos y de corazón que éste ha de ser, al igual que a su situación. Este respeto se traducirá en la *atención*, tanto en la actitud como en el lenguaje, y en la *reserva*, que excluirá cualquier familiaridad. Una enfermera jamás pronunciará sobre su jefe palabras que no sean cortesías, dando así ejemplo a sus enfermos y una forma amable de reconocimiento. De este modo creará alrededor del médico una atmósfera respetuosa y confiada.

2° *Obediencia*, ejecutando fiel y puntualmente sus instrucciones sin omitir ni añadir nada.

3° *Colaboración*: a) inteligente, tanto en la ejecución de sus prescripciones como en la forma previsor de comprenderlas. Ejecutará de la mejor manera las órdenes recibidas por medio de la reflexión y de la competencia; b) *discreción*; jamás deberá formular la menor crítica de su jefe ante los enfermos y en su entorno, ni sacar a la luz un error que el médico hubiera

podido cometer; c) *sinceridad*; será leal en sus actos, veraz y precisa en sus informes, concienzuda en su trabajo. De cometer una torpeza, no temerá reconocerla al momento con toda franqueza.

II. De cara a la directora. A primera vista, parecería que los deberes de la enfermera son en gran medida los mismos, con independencia de quién pueda ser su superior. No obstante, su actitud ante los superiores varía.

En tanto que profesional de categoría superior, la directora de un servicio sin duda es, para la enfermera, la persona que está en mejor situación de comprenderla y ayudarla, lo cual implica ciertas modificaciones en su conducta. Ante todo, será para ella una colaboradora:

1°. *Respetuosa de su situación, de su persona, de sus ideas*: a) de su situación, sabiendo estar en su lugar y absteniéndose de usurpar sus funciones. No querer mandar cuando su misión es, sobre todo, la de obedecer; b) de su persona. Simpática o no, se ha de ver en ella no a la persona, sino a la función; excusar sus defectos y sus peculiaridades, si los tuviera, y saber reconocer sus cualidades; c) de sus ideas. No criticarlas si no se les comprende, ya que criticar a la dirección de un servicio supone desacreditar al servicio mismo.

2°. *Entregada*; se esforzará por comprender su objetivo y apoyarse en su inteligencia para lograrlo.

3°. *Confíada*; sabrá manifestar sus dificultades, reconocer sus fallos y pedir consejo.

III. De cara a la administración, más distante, será leal, respetando sus obligaciones y esforzándose por ser una buena enfermera por medio de su saber, su aspecto, su dignidad, haciendo que se respete el servicio en el que trabaja.

Fiel: ser fiel consiste en dedicar el conjunto de los esfuerzos a lograr un mejor resultado.

También hará gala de *compañerismo*, apoyando, excusando o alabando a sus colaboradoras en la tarea común; pondrá a “su casa” por encima de las demás, y deseará que se le aprecie y que se le considere mejor que las otras.

En pocas palabras, se esforzará por inspirar confianza, por merecerla y por saber conservarla. X., alumna de la escuela regional de Reims.

L'Infirmière Française, 1927, págs. 193-194.

LA VOCACIÓN DE ENFERMERA

“Haber hecho un día, de manera voluntaria y tras una sana y elevada comprensión de la seriedad de la vida, una total abstracción de sí misma, en algunos casos a pesar de una oposición familiar muy difícil de superar;

“Haber tomado conciencia del respeto debido a la vida de todo ser humano hasta el punto de realizar, de la mañana a la noche, e incluso a menudo de la noche a la mañana, la función del Buen Samaritano para con todos los dolientes con los que a partir de entonces se encuentre a lo largo del camino;

“Aceptar, como Jesús lo hizo a lo largo de treinta años, unas tareas repugnantes, unos trabajos manuales ‘molestos y elementales’ de los cuales muchas personas se consideran legítimamente dispensadas en razón de su inteligencia, de su fortuna o de su cuna;

“Mantenerse pura y recta en medio de situaciones a veces llenas de confusión;

“Saber en todo momento obedecer y mantenerse en segundo plano, sin por ello perder de vista ni un solo momento la idea de su enorme responsabilidad;

“Consentir, en una época en la que prima el deseo de lucro, en recibir unas retribuciones que apenas aseguran lo necesario;

“Descartar cualquier posibilidad de vida fácil y agradable, de vida transformada por el arte, la belleza y la libertad de acción dentro de un mundo de constante placer, para enclaustrarse todo el día en esos templos del sufrimiento y de la muerte que son nuestros hospitales;

“Luchar, en relación con la enfermedad, la miseria y la sordidez, contra el egoísmo de unos y la odiosa desidia de los demás;

“Acercar entre sí a las clases enemigas, con el fin de preparar aquí abajo la unidad del ‘Reino de Dios’ que ha de realizarse plenamente en el cielo;

“Morir en la brecha, a veces prematuramente, sin haber acumulado nada, habiéndose consumido en unos esfuerzos siempre sofocados por la indiferencia general; morir, a veces en una situación de fracaso, pero creyendo cueste lo que cueste en el valor espléndido del sacrificio y de la caridad;

“En verdad, si ésta es la síntesis de la vocación de enfermera, ¿no es al mismo tiempo una de las ilustraciones más magníficas y más completas de la vocación del cristiano?”

Al declarar que la “vida humilde”, como sin duda alguna lo es la vida de la enfermera, exige una “elección” y requiere “mucho amor”, Verlainé llegó a una definición del cristianismo en toda su pureza.

Texto del Padre Sanson, citado por la Srta. Greiner en su conferencia sobre moral profesional, pronunciada en Estrasburgo durante el mes de enero de 1936. *L’Infirmière Française*, 1936, págs. 110 y 111.

LAS 327 CUALIDADES DE LA ENFERMERA

CUALIDADES CITADAS MENOS DE 50 VECES

Entre 30 y 50:

Conocimientos. — Sangre fría. — Rapidez. — Tacto. — Ecuanimidad. — Buen aspecto. — Calma. — Valentía. — Autodominio. — Precisión. — Honradez. — Lealtad. — Puntualidad. — Responsabilidad. — Buen humor. — Colaboración. — Atención.

(30) Destreza. — Técnica. — Respeto por los demás. — Justicia. — Amabilidad. — Secreto profesional. — Adaptación. — Habilidad.

(20) Alegría. — Humanidad. — Perfeccionamiento. — Sentido común. — Expresión sonriente. — Diplomacia. — Eficacia. — Buen juicio. — Disciplina. — Franqueza. — Amor por su profesión. — Educación. — Resistencia física. — Sencillez. — Amor por los enfermos. — Cultura general. — Delicadeza. — Buena memoria. — Pedagogía. — Buena acogida. — Actividad. — Sentido de lo humano. — Capacidad de adaptación. — Decisión. — Dinamismo. — Energía. — Moralidad. — Obediencia. — Perseverancia. — Viveza.

(10) Don de gentes. — Abnegación. — Imparcialidad. — Calidad servicial. — Cortesía. — Suavidad. — Trabajadora. — Amor por los jóvenes. — Intuición. — Amplitud de espíritu. — Presencia. — Reconfortante. — Silencio. — Abnegación. — Seguridad en la manera de actuar. — Capacidad de inspirar confianza. — Buen juicio. — Economía. — Resistencia. — Formación profesional. — Influencia. — Minuciosidad. — Sinceridad. — Benevolencia. — Capacidad. — Carácter. — Buen carácter. — Corrección. — Buena educación. — Trato maternal (a los enfermos). — Objetividad. — Presencia. — Resistencia. — Moral. — Saber hacer. — Sensibilidad. — Sociabilidad. — Voluntad.

(5) Dignidad. — Rectitud. — Interés por los demás. — Alegría. — Desinterés. — Perspicacia. — Calificación. — Confianza. — Accesibilidad. — Asiduidad. — Personalidad flexible. — Caridad. — Curiosidad. — Destreza. — Compañerismo. — Experiencia. — Información. — Pulcritud. — Personalidad. — Persuasión. — Previsión. — Prontitud. — Prudencia. — Reflexión. — Reserva. — Seriedad. — Simpatía. — Vigilancia. — Vivacidad en los gestos. — Afabilidad. — Gracia. — Asepsia. — Trato asequible. — Camaradería. — Celeridad. — Clarividencia. — Buen corazón. — Cooperación. — Destreza en el empleo de los dedos. — Educación del enfermo. — Armonía. — Viveza de ingenio. — Espíritu práctico. — Sentido de la jerarquía. — Humildad. — Indulgencia. — Madurez. — Neutralidad. — Práctica. — Respeto por los superiores. — Saber. — Sentido médico. — Sentido práctico. — Solidaridad. — Espontaneidad. — Tenacidad. — Entusiasmo. — Esmero.

(2) Aspecto exterior. — Sentido de las necesidades de los enfermos. — Claridad de espíritu. — Coquetería. — Cordialidad. — Cultura profesional. — Desenvoltura. — Docilidad. — Igualdad en el trato. — Elegancia. — Exigencia. — Femenidad. — Fe en su misión. — Fortaleza. — Generosidad. — Idealismo. — Independencia. — Amplitud de espíritu. — Lógica. — Modestia. — Don de la oportunidad. — Optimismo. — Perfección. — Filosofía. — Ecuanimidad. — Regularidad. — Rendimiento. — Capacidad de imponer respeto. — Robustez. — Secretariado. — Sentido de lo social. — Serenidad. — Estabilidad. — Síntesis. — Teoría. — Valor profesional. — Veracidad. — Buena voluntad. — Equilibrio físico. — Higiene. — Racionalidad. — Severidad. — Vigilancia.

Sólo se han citado una vez:

Ignorancia. — Orden. — Compasión. — Confianza en sí misma. — Capacidad para crear un entorno agradable. — Sentido de las situaciones. — Buen ánimo. — Competencia humana. — Conocimientos prácticos. — Dependencia. — Juventud de espíritu. — Material pulcro. — Rigidez. — Sumisión. — Ventilación. — Buena conducta. — Conocimiento de los demás. — Conocimientos generales. — Decencia. — Ayuda mutua. — Imaginación. — Omnipresencia. — Rutina. — Amor por la vida solitaria. — Aptitudes intelectuales. — Celibato. — Calor humano. — Claridad de espíritu. — Claridad de expresión. — Avispada. — Documentación. — Elocuencia. — Individualismo. — Integridad. — Receptividad. — Resistencia nerviosa. — Afirmación. — Ambición. — Belleza. — Corporativismo. — Complacencia. — Resistencia nerviosa. — Espíritu crítico. — Instrucción. — Invulnerabilidad. — No usurpar las funciones del médico. — Concepto del deber. — Pertinencia. — Espíritu de familia. — Espíritu social. — Espíritu científico. — Espíritu de observación. — Relación. — Resignación. — Tolerancia. — Diligencia. — Familiaridad. — Meticulosidad. — Apacibilidad. — Réplica. — Respeto por lo material. — Respeto por sí misma. — Encanto. — Clemencia. — Buen consejo. — Constancia. — Facilidad de elocución. — Ausencia de envidia. — Capacidad para hablar correctamente. — Sentido de los valores. — Sobriedad. — Seguridad. — Celos. — Saber permanecer en su sitio. — Apaciguamiento. — Saber profundizar. — Audacia. — Ser convincente. — Sentido del humor. — Calidad de incansable. — Perfectibilidad. — Animación. — Sosiego. — Reputación. — Tranquilidad de ánimo. — Ingenio. — Calidad ejemplar. — Perfección moral. — Saber vivir.

Sólo existen en la lista de "enfermos"

Circunspección. — Clase. — Concisión. — Sentido de lo concreto. — Bienestar. — Consideración por los demás. — Resistencia física. — Afabilidad. — Alegría de vivir. — Carácter laico. — Agrado. — Prestigio. — Atención. — Calidad de representativo. — Logro. — Polifacética. — Ciencia. — Utilidad. — Vocación. — Ausencia de celos.

Resultados de la encuesta realizada a partir de diciembre de 1963 por la Asociación Nacional de Enfermeras Diplomadas por el Estado acerca de las cualidades de la enfermera. *R.I.A.S.*, septiembre-octubre 1964.

Instrumentos de análisis de situación que sirven para elaborar un proyecto de cuidados

Las bases para un proyecto de cuidados no se pueden desprender de las informaciones conocidas por quienes suministran los cuidados, a no ser que se sometan a un análisis y se vuelvan a agrupar de manera significativa.

No se trata de recopilar las informaciones de manera sistemática, sino de comprender las que se reciben y establecer entre ellas unos vínculos de significado, partiendo de las tres grandes esferas que entran en juego en relación con los cuidados y sirven como base a la hora de proyectarlos.

El primero de los instrumentos pone en evidencia estas tres grandes esferas:

— *Aquello que el personal que suministra cuidados sabe acerca de la persona que los recibe*, prestando atención a las consecuencias en relación con la enfermedad, con las lesiones que ésta conlleva y con sus secuelas:

- edad
- lugar dentro de la familia
- trabajo
- intereses, actividades de ocio, actividades habituales, preocupaciones

— *Aquello que el personal que suministra los cuidados conoce con precisión en cuanto a la enfermedad*:

• inicios, primeros síntomas, diagnóstico preciso o impreciso, tratamientos... pero también lo que el personal que suministra los cuidados sabe acerca de las *lesiones funcionales causadas por la enfermedad*, o derivadas de la misma; así, una lesión funcional que afecte a los ojos puede causar una disminución de la función motriz.

Se ha de precisar la naturaleza de la lesión causada en relación con la enfermedad y la minusvalía. De esta manera se evita realizar una revisión sistemática del conjunto de las funciones vitales, que carece de utilidad pero nos obliga a preguntarnos acerca de las funciones afectadas por la enfermedad en relación con lo que se sabe acerca de la persona, como puede ser su edad por ejemplo.

— *Aquello que el personal que suministra los cuidados conoce con precisión acerca del entorno humano, del entorno físico* para ver en qué medida incorporan recursos posibles, en qué medida se ve afectado el propio entorno..., o para darse cuenta de que la pobreza del entorno humano, y/o del entorno físico, aumenta el trastorno causado por la enfermedad.

El segundo instrumento permite, partiendo de las revelaciones aportadas por la información correspondiente al primero, poner en evidencia lo que la persona puede aún hacer con ayuda, y lo que ya no puede hacer: todo ello es un factor indicador de sus posibilidades de

autonomía → dependencia. A partir de la indicación de las compensaciones que se han de añadir a lo que puede hacer con cierta ayuda, y a lo que ya no puede llevar a cabo, se elabora el *proyecto de cuidados*, teniendo igualmente en cuenta lo que los miembros del entorno pueden hacer por sí solos, pueden hacer con ayuda o ya no pueden hacer.

Este instrumento puede también utilizarse en relación con lo que una persona sabe hacer por sí sola, sabe hacer con ayuda, no sabe hacer: este sería el caso de los primeros cuidados proporcionados a un recién nacido por una madre primeriza.

Este análisis de posibilidades de autonomía ↔ dependencia no se puede disociar de los efectos experimentados por la persona, ni de lo que moviliza o no sus motivaciones: miedo, sentimiento de pérdida de facultades, afecto por un ser querido, etcétera.

EJEMPLO DE UTILIZACIÓN DE INSTRUMENTOS DE DILUCIDACIÓN DE SITUACIÓN EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Se trata de la situación de un niño de cinco años que padece una minusvalía motriz de la pierna izquierda debida a una osteomielitis del cóndilo femoral.

El motivo de la intervención en el domicilio consistía en un principio, para la enfermera puericultora, en “controlar” que el niño llevara el aparato correctamente. El análisis de la situación realizado *con los padres* permitió a Pierre volver a ocupar su lugar en el entorno familiar, ya que los padres pudieron manifestar sus temores, preocupaciones y problemas en relación con el regreso de Pierre tras varios meses de hospitalización. Este análisis, compartido con los profesores de su entorno escolar, permitió a Pierre regresar a la escuela maternal, donde halló la posibilidad de desarrollar sus capacidades psicomotrices (teniendo en cuenta su minusvalía) y psicoafectivas al volver a tener compañeros y recuperar el contacto con otros adultos que no fueran sus padres. El regreso de Pierre a la escuela también fue benéfico para la madre de Pierre ya que permitió que ésta volviera a disfrutar de algunos momentos de autonomía personal.

El análisis de los efectos sobre la función de movilidad, y por tanto de desplazamiento para Pierre, al igual que las consecuencias para su madre, permitió justificar una solicitud de alojamiento en planta baja, que fue concedida.

La enfermera puericultora modificó la orientación de la acción sanitaria al cambiar la *función control* en *función cuidados*, realizándola con diferentes personas afectadas por la situación.

INSTRUMENTO QUE REÚNE LAS INFORMACIONES

Nombre: Pierre D.
¿QUÉ ES LO QUE SABEMOS?

Fecha: 12-02-82

Acerca de Pierre

- Es el mayor de los niños
- Le gustaba mucho el ejercicio físico, pelearse, los juegos de pelota
- Carece de juguetes, debido a la insuficiencia de los ingresos
- Le gusta la música y el baile
- Tras su ausencia del hogar debida a la hospitalización:
- Está inmovilizado en un sillón, lo cual le hace ser agresivo con su madre, sus hermanos y su hermana
- Habla poco; su vocabulario se ha empobrecido, ya no dibuja
- Ya no va a la escuela; pérdida de los amigos
- Quiere y admira a su padre.

Acerca de su enfermedad

- Julio de 1980 primeros indicios de algias;
- Agosto de 1980 diagnóstico de osteomielitis del cóndilo femoral izquierdo
- 18 de agosto-20 de octubre hospitalización, tratamiento del cóndilo
- Octubre-junio de 1982 corsé ortopédico

Lesiones funcionales relacionadas con la enfermedad

- Matricidad** — la pierna izquierda es más corta en 1.5 cm; se le ha aplicado un aparato ortopédico con el fin de evitar una fractura espontánea;
- inmovilización con tracción ligera, sin posibilidad de apoyo duradero
- Consecuencias de esta lesión sobre otras funciones**
- Eliminación** — molestias en relación con la evacuación intestinal, producidas por el aparato, que se ha de retirar y volver a colocar enseguida
- Disminución** del desarrollo psicomotor resultante de la inmovilización, de la falta de juegos con los compañeros, de la interrupción de la asistencia a la escuela maternal.

Acerca de su entorno humano y físico

Padre peón albañil

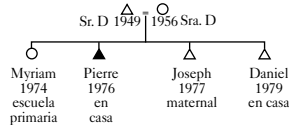
- enorme afecto por sus hijos
- muy afectado por la enfermedad y minusvalía de Pierre
- desea hacer todo para que pueda “vivir como los demás niños”
- Madre** ya muy ocupada con los dos niños de corta edad,
- acaparada por toda la ayuda necesaria que se le ha de dar a Pierre
- desgaste físico importante necesario para bajarlo del departamento y sacarlo a la calle
- ya no dispone de ningún momento de descanso personal, lo cual genera tensiones y agresividad
- sentimiento de culpa en relación con la enfermedad de Pierre
- aprehensiones ante el aparato

Hermanos y hermana molestan a Pierre sin que éste pueda defenderse

Alojamiento— apartamento tipo F3 en un 4° piso, sin elevador

Recursos— ingresos muy modestos: salario mínimo + subsidios familiares

Representación de la familia



INSTRUMENTO DE ANÁLISIS DE LAS POSIBILIDADES DE AUTONOMÍA ↔ DEPENDENCIA

Lo que Pierre puede hacer solo

- Sentarse o levantarse de su asiento telescópico
- Mantenerse de pie, siempre que no sea durante demasiado tiempo (máximo 10 minutos)

Lo que Pierre puede hacer con ayuda

- *de una persona*
- *de un material adaptado*
- Ponerse o quitarse los pantalones
- Asiento telescópico
- Instalarse en el pequeño vehículo
- Vehículo de minusválido que lo transporta al colegio
- Salir del pequeño vehículo
- Banco o almohada o alfombra
- Acostarse
- Subir o bajar un solo escalón siempre y cuando su altura no exceda de 5.7 cm. (Es deseable que se apoye contra la pared o el barandal.)

Lo que Pierre ya no puede hacer

- Prohibición oficial de caminar o permanecer de pie sin el aparato*
- Doblar la pierna izquierda
- Sentarse en una silla normal
- Subir varias escaleras
- Correr
- Agacharse (por ejemplo: atarse los zapatos)
- Efectuar un recorrido de más de 30 m cada vez (por ejemplo: recorrer la distancia entre su domicilio y la escuela)
- Quitarse o ponerse el aparato
- Ir al retrete con o sin el aparato. (Se ha de transportar a Pierre tras haberle quitado el aparato.)

La dependencia ocasionada por los efectos sobre la función motriz de Pierre orienta la acción de enfermería: cuidados para el mantenimiento de la vida. Cuidados de reparación. He aquí un resumen breve:

Cuidados para el mantenimiento de la vida

- Con respecto a Pierre en relación con su madre
 - instalación en casa
 - vestirse y desvestirse en función del aparato y de la eliminación
 - preparación del regreso a la escuela
- Con respecto a sus padres
 - facilitar la expresión, temor, angustia, culpabilidad, agresividad, relacionada con la minusvalía y sus efectos sobre la familia
 - analizar con ellos un cambio de casa
- Con respecto a su madre
 - buscar el modo de reducir la dependencia y el exceso de trabajo ocasionados por la minusvalía de Pierre
 - prepararles para el regreso de Pierre, permitiéndoles comprender qué es lo que Pierre puede hacer solo y con ayuda, y permitiéndoles manifestar sus sentimientos
- Con respecto a los profesores de la escuela

Cuidados de reparación

- llevar el aparato
- preparación para la futura intervención en octubre de 1982. Mantener contacto con el cirujano, Pierre y los padres de éste.

Bibliografía

Las obras mencionadas en la bibliografía son las más significativas en relación con las distintas partes. No retoman sistemáticamente todas las notas bibliográficas. Si una obra o una revista ha sido utilizada en varias partes del libro, no se cita más que en la parte donde ha sido más empleada. Esto ocurre sobre todo entre la segunda y la cuarta partes.

Todos los asteriscos que preceden a una referencia indican la literatura profesional.

PRIMERA PARTE

Libros

- Albistur M., Armogathe D., *Histoire du Féminisme français, du moyen âge à nos jours*. Paris, Ed. des Femmes, 1977.
- Aron J.P., *Misérable et glorieuse la femme du XIX^e*. Paris, Fayard, 1980.
- Attali J., *L'ordre cannibale*. Paris Grasset, 1979.
- Augustin St., *Les confessions*. Paris, Garnier Frères, 1964.
- Badinter E., *L'amour en plus*. Paris, Flammarion, 1980.
- Baker C., *Les contemplatives des femmes entre elles*. Paris, Stock, 1979.
- de Beauvoir S., *Le deuxième sexe*. Paris, Gallimard, 1949.
- Bariety M., et Coury C., *Histoire de la médecine*, Paris, Fayard, 1963.
- Bettelheim B., *Les blessures symboliques*. Paris, Gallimard, 1971.
- *Bihet M.M., et Gounelle H., *Morale professionnelle*. Paris, Foucher et Masson, no fechado (sin duda hacia 1950).
- Boltanski L., *Prime éducation et morale de classe*. Paris, Mouton, 1969.
- Braudel F., *Les structures du quotidien*, Paris, Armand Colin 1979.
- Charles F., *Une soucoupe aux herbes sauvages*. Paris, J. Claude Simoën, 1979.
- * Carrières, *Les infirmières*. Paris, Hachette, 1958.
- Castan Y., *Magie et sorcellerie à l'époque moderne*. Paris, Albin Michel, 1980.
- * Charles G., *L'Infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, Paris, Centurion, 1979.
- Chombart de Lauwe M.J., et autres, *La femme dans la société*. Paris, Centre National de la Recherche Scientifique, 1963.
- Delumeau J., *La peur en occident*. Paris, Fayard, 1978.
- Duby G., *Histoire de la France*. Paris, Larousse, 1970.
- Duby G., *Le chevalier, la femme et le prêtre*. Paris, Hachette, 1981.
- * Ehrenreich B. English D., *Sorcières, sages-femmes et infirmières*. Québec, Ed. du Remue-Ménage, 1976, et *Temps Modernes*, avril 1978.
- Favret-Saada J., *Les mots, la mort, les sorts*. Paris, Gallimard, 1977.
- Fillipetti H., Trotureau J., *Symboles et pratiques rituelles dans la maison paysanne traditionnelle*. Paris, Architecture et vie traditionnelle, 1978.
- Foucault M., *Histoire de la folie*. Paris, Plon, 1961.
- Foucault M., *Naissance de la clinique*. Paris, PUF, 1975.
- Foucault M., *La volonté de savoir*. Paris, Gallimard, 1976.
- Fugier A.M., *La place des bonnes*. Paris, Grasset, 1979.
- Garden M., *Histoire économique d'une grande entreprise de santé*, Le budget des Hospices Civils de Lyon 1800-1976. Presses universitaires de Lyon, 1980.
- Grafteaux S., *Mémé Santérre, une vie*. Paris, Marabout 1031, 1975.
- Goffman E., *Asiles*. Paris, Ed. de Minuit, 1968.
- Groult B., *Ainsi-soit-elle*. Paris, Grasset, 1973.

Guerrand R.H., *Brève histoire du service social en France*, 1896-1976.

*Hamilton A., *Les garde-malades, congréganistes, mercenaires, amateurs, professionnelles*. Paris, Vigot 1901. Republié dans *Soins*, tome 22, n° 15/16, 23, 24, 1977-tome 23, n° 5/8, 15/16, 20, 1978.

Imbert J., *Les hôpitaux en France*. Paris, PUF, collection Que sais-je n°. 795, 1974.

Knibiehler Y., Fouquet C., *L'Histoire des mères*. Paris Ed. Montalba, 1980.

Leakey R., *Les origines de l'homme*. Paris, Arthaud, 1980.

Leclerc A., *Paroles de femmes*. Paris, Grasset, 1974.

Léonard J., *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*. Paris, Aubier, 1981.

Linton R., *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris, Dunod, 1968.

Lithenthaeler C., *Histoire de la médecine*. Paris, Fayard, 1975.

Loux F., *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*. Paris, Flammarion, 1978.

Loux F., *Sagesses du corps*. Paris, Maisonneuve et Larose, 1978.

Loux F., *Le corps dans la société traditionnelle*. Paris, Berger- Levrault, 1979.

Mauss M., *Sociologie et Anthropologie*. "Essai sur le don", 6^e partie "Les techniques du corps". Paris, PUF, 1966.

Mead M., *L'un et l'autre sexe*. Paris, Denoël-Gonthier, 1971.

Michelet J., *La sorcière*. Paris, Flammarion-Garnier, 1966.

Moreau J.B., *Les grands symboles méditerranéens dans la poterie algérienne*. Société Nationale d'Édition et de Diffusion, Alger, 1976.

Muchembled R., *La sorcière au village*. Paris, Archive, 1979.

*Nightingale F., *Notes on Nursing*. London, Camelot Press Ltd, 1952. Première édition 1859.

*Nutting M., and Dock L., *A History of Nursing*. New York, G.P. Putnam's, 1907-1912.

Palaiseul J., *Nos grands-mères savaient...* Paris, Laffont, 1972.

*Parrot A., *L'image de l'Infirmière*. Paris, Centurion, 1973.

Pernoud R., *La femme au temps des cathédrales*. Paris, Stock, 1980.

Pierro R., Long F., *L'autre moitié de l'Eglise: les femmes*. Paris, Ed. du Cerf, 1980.

Redfield R., *The primitive world and its transformations*. New York, Cornell University Press, 1953.

*Rév. Mère Catherine de J.C., *Au chevet de la souffrance*. Paris, La Colombe, 1955 (5^e ed.).

Roberts M., *American Nursing: History and Interpretation*. New York: McMillan Co, 1954.

*Steward I., and Austin A., *A History of Nursing: From ancient to modern times: A world view*. New York, G.P. Putnam's Sons, 1952.

Teilhard de Chardin P., *Le phénomène humain*. Paris, Seuil, 1955.

Velter A., Lamothe M. J., *Les outils du corps*. Paris, Denoël Gonthier, 1978.

Verdier Y., *Façons de dire, façons de faire*. Paris, PUF, 1979.

*Woodham-Smith C., *Florence Nightingale*. New York, McGraw-Hill Company, Inc., 1951.

Zeldin Th., "L'haleine des faubourgs", *Recherches*. Décembre 1977.

Revistas y artículos

**L'Infirmière Française*. 1923-1924 a 1939, Tome I à XVI, Éditions Poinat, Depouillement exhaustif.

* ANIDEF, "Enquête sur les qualités de l'infirmière". RIAS, décembre 1963 et janvier/février 1964.

- *Barjon Dr F., Discours prononcé a la clôture des examens d'état de la Faculté de Médecine de Lyon, le 8 novembre 1930. *Infirmière Française*, 1930, p. 462-63.
- * Chaptal Mlle, "Morale professionnelle", *Infirmière Française*: 1923-1924: p. 33-36; 121-124; 341-345; 513-516.
- 1924-25: p. 77-80; 169-172; 265-268; 315-318; 365-369; 415-418; 521-525; 569-572.
- 1925-26: p. 33-36; 397-399; 419-453.
- 1926: p. 419-453.
- Pieczynsea E., "L'esprit de dévouement", traduit par Mademoiselle Chaptal, p. 245-248.
- *Collière M.F., "Les débuts de la période moderne de la profession d'infirmière en France, 1870-1914". *Soins*. T. 22 n°. 1 et 2, 3, 4. Janvier/février 1977.
- *Collière M.F., "La profession infirmière en quête de son histoire" 1870-1980. *R.I.* Décembre 1980.
- *Domínguez-Alcón, "Para una Sociología de la profesión de enfermería en España". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n° 8, octobre-décembre 1979.
- "Entretien avec M. Mollat". *Religieuses dans les professions de santé*. Juillet-août 1978, n° 266.
- *"Etude sur la profession d'infirmière". *RIAS*, novembre 1956.
- *Greiner Mlle, "Conférence de morale professionnelle". *Infirmière Française*, 1936, p. 100-111.
- Guy J.-Cl., "La vie religieuse et la santé de l'homme au cours des temps". *Religieuses dans les professions de santé*. Mai-juin-juillet-août 1980, n°. 277-278, p. 237-263.
- "Hommes, parfums et dieux". *Le courrier du musée de l'homme*. No. 6, novembre 1980.
- "L'infirmière vue par elle-même". Résultat de l'enquête menée par l'Association et présenté par M. Picard, *RIAS*, septembre/octobre 1964.
- Langlois C., "Congrégations hospitalières et demande sociale au XIX^e siècle". *Religieuses dans les professions de santé*. Juillet/août 1978, n° 266.
- Léonard J., "Femmes, religion et médecine". Les religieuses qui soignent en France, au XIX^e. *Annales*, septembre/octobre 1977, p. 887-907.
- *Montesinos A., "Les infirmiers et la profession en France". *RIAS*, mai 1962, p. 267-272.
- *Muller M., "La responsabilité morale et professionnelle de l'infirmière". *Infirmière Française*, 1934, p. 38-39.
- "Panseurs de secrets et de douleurs". *Autrement*, n° 15, 1978.
- *Pequignot H. et Etienne J.P., "Les professions paramédicales". *RIAS*, avril 1956, p.125-129.
- Perouas L., "Fonction hospitalière et vie religieuse au XVII^e siècle". *Religieuses dans les professions de santé*. Juillet/août 1978, n° 266.
- *Résultat de l'enquête sur la profession d'infirmière en France". *RIAS*, Janvier, 1958, p. 3-11, février 1958, p. 47-50.
- "L'union Nationale des Congrégations d'Action Hospitalière et Sociale. UNCASH". *Revue UNCASH*, décembre 1957, p. 267-282.
- Weiner D., "The French Revolution, Napoleon and the Nursing profession". *Bulletin of the history of medicine*. Vol. XLVI, n° 3, May-June 1972.

Documentos publicados

- *École Florence Nightingale. "Un cinquantenaire. Fondation de la première école française de garde-malades". Imprimerie M. Durand, Bordeaux, 1934.

**École de Infirmières de l'Assistance Publique* de Paris. La réforme du personnel hospitalier (1903-1909). Paris, Berger-Levrault.

Documentos no publicados

Cohen-Adad N., "L'image de L'infirmière dans L'ILLUSTRATION", Mémoire de Maîtrise d'Histoire, Université Lyon II, 1980.

*Dutemps F., Olliver A.M., "L'histoire des sœurs hospitalières de Lyon". Université de Lyon II, UER de Sciences Sociales et des Sciences de l'Éducation, 1981.

*Goure Y., "Contraception, éducation sexuelle et phénomènes socio-culturels en République Populaire du Bénin". Recherche ethno-sociologique et de psychologie sociale auprès d'une population de riverains: les Popo. Département d'Enseignement Infirmier Supérieur, Lyon, 1980.

Películas

Baratier J., *Berceau de l'humanité*, 1973.

Bergman I., *Le septième sceau*, 1936.

Bergman I., *Cris et chuchotements*, 1973.

Emission de télévision. "Légendaire", Antenne 2, avril-mai 1978, le jeudi a 22 h 05.

SEGUNDA PARTE

Libros

Balint M., *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris, Payot, 1966.

*Bourgon J., *L'information du malade à l'hôpital*. Paris, Centurion, 1977.

Carrel A., *L'homme, cet inconnu*. Paris, Plon, 1935.

**Communauté des Filles de la Charité. Soins aux malades*. Rennes, Dernière édition, 1978.

*Desplechin-Nappée Mme, *Manuel pratique de l'infirmière soignante*. Paris, Masson, dernière édition, 1964.

Disciplines à domicile. *Recherches*. N° 28, novembre 1977.

Dubos R., *Mirage de la santé*. Paris, Denoël, 1961.

Dubos R., *L'homme et l'adaptation au milieu*. Paris, Payot, 1976.

Dupuy J.P., Karsenty S., *L'invasion pharmaceutique*. Paris, Seuil, 1974.

Groddeck G., *Le livre du ça*. Paris, Gallimard, 1973.

*Hacquart G., *Aspects économiques de l'unité de soins hospitaliers*. Paris, Ed. médicales et universitaires, 1977.

Herzlich C., *Santé et maladie*. Paris, Mouton, 1969.

Israël L., *Le médecin face au malade*. Bruxelles, Dessart, 1968.

Laplantine F., *La médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui*. Paris, Éditions Universitaires, 1978.

*Montesinos A., *L'infirmière et l'organisation du travail*. Paris, Centurion, 1976.

*Mordacq C., *Pourquoi des Infirmières*. Paris, Centurion, 1972.

Oraison M., *Être avec... la relation à autrui*. Paris, Centurion, 1968, p. 63

Reich W., *Ecoute petit homme!* Paris, Payot, 1972.

Rochaix M., *Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours*. Fédération Hospitalière de France, Saintes, 1959.

Rogers C., *Développement de la personne*. Paris, Dunod, 1966.

Rogers C., *Psychothérapie et relations humaines*. Paris, Béatrice Nauwelaerts, 1966.

Ruault L., *Cent ans d'histoire de la Croix-Rouge Française*. Paris, Hachette, 1953.

Sand G., *Vers la médecine sociale*. Paris, Librairie Baillière, 1948.

Toffler A., *Le choc du futur*. Paris, Denoël, 1971.

Revistas y artículos

**Revue de l'Infirmière et de l'Assistante Sociale*. Janvier 1951 à décembre 1970, devenue.

Revue de l'Infirmière. Janvier 1971 à juin 1981. Dépouillement exhaustif.

**Soins*. Février 1956 à juin 1981.

**L'Infirmière Enseignante*. Bulletin d'Information et de Liaison. Janvier 1970 à juin 1981. Dépouillement exhaustif.

Autrement. "Guérir pour normaliser". N° 4, 1975-76: "Innovations sociales", mai 1976; "Les francs-tireurs de la médecine", septembre 1977; "La santé à bras le corps". N° 26, septembre 1980; "La carotte et le bâton". N° 28, novembre 1980.

*Bachelot H., "Prospective dans le domaine de la formation". *RIAS*, juillet-septembre 1967, p. 659-664.

*Bollinelli R., "Sécurité et efficacité dans le travail infirmier". *RIAS*, décembre 1963, p. 676-693.

*Bonsart M. Th., "Une nouvelle définition de l'infirmière, une réalité ou un mythe?" *Une évolution parmi d'autres: la fonction infirmière*. C.C.P.S., Journées de perfectionnement, novembre 1978.

*Chamonard M.F., "Réflexion a propos de la séquence santé", *Infirmière Enseignante*, janvier et février 1976.

Chauvenet A., "Professions hospitalières et division du travail". *Sociologie du travail: les Professions*, 2/72, avril-juin, p. 145-163.

Chauvenet A., "L'infirmière hospitalière technicienne ou travailleuse sociale". *Projet: l'Hôpital*, n° 90, décembre 1974, p. 1137-1148.

*Collière M.F., et autres, "A la découverte de la santé". CEEIEC, BIP, numéro spécial, juillet 1971.

*Deschanoz G., "Evolution des différentes fonctions a l'hôpital", dans *Une évolution parmi d'autres: la fonction infirmière*. C.C.P.S. Journées de perfectionnement, novembre 1978.

*Favel A., "Plaidoyer pour les soins infirmiers". *Infirmière Enseignante*. Janvier 1978, p. 5-7.

*Ferre G., et Moreau J.F., "A propos de l'enseignement dans les écoles d'infirmières". *RIAS*, juillet-septembre 1968, p. 6.

*Fournier C., Scotto O., "De l'injection médicamenteuse au développement de soins de santé primaire". *Ouvertures*, 4^e trimestre, 1980, p. 10-13.

*Guyon M., "Les Centres de Soins". *Symbiose*, n° 3, février 1979, p. 22-33.

*Lecker E., "Anthropologie et soins infirmiers". *Infirmière Enseignante*, novembre-décembre 1980, p. 5-6; 6-7.

Maurice M., "Propos sur la sociologie des professions". *Sociologie du travail: les Professions*, 2/72, avril-juin, p. 213-225.

*Mordacq C., Stussi E., et autres, "Le Plan de soins". *Bulletin d'information et de Pédagogie*. CEEIEC, numéro spécial, novembre 1970,

*"Non. Résolument non à une scission de la Profession aux U.S.A." d'après Singleton L., *Soins*. Tome 25, n° 13-14, juillet 1980, p. 89-90.

*"La prise en charge communautaire de la santé". *Revue Internationale d'action communautaire*, 41, printemps 1979.

*Raine S., "La relation infirmière-personne malade, une fin ou un moyen?" *R.I.*, janvier 1971, p. 31-35.

*Siguier Dr. F., "Étude critique de la formation et du perfectionnement des infirmières hospitalières diplômées d'État". *RIAS*, octobre 1967, p. 739-744.

- *Siguier Dr F., "Ce que pourrait être un schéma d'organisation portant sur une troisième année d'études préparant au diplôme d'État d'infirmière". *RIAS*, février 1968, p. 109-112.
- Verspieren P., "Évolution des Centres de Soins". Laënnec, juin 1980.

Documentos publicados

- *Allen Moyra, "Évaluation des programmes d'enseignement infirmier". OMS, Genève, 1977.
- *ANFIIDE, CEEIEC, UNCASH, UCSS, "Le service infirmier français doit-il rester sous-développé?" mai 1970.
- *Accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières. Conseil de l'Europe, Édition octobre 1967.
- *Henderson V., "Principes fondamentaux des soins infirmiers". Conseil international des infirmières. Londres
- *OMS, *Comité OMS des Soins infirmiers*. 5^e rapport, Genève 1966.
- *OMS, *Les services infirmiers des collectivités*. Série des rapports techniques, 558, Genève, 1974.
- *OMS Europe. *La définition des paramètres de l'efficacité des soins primaires et le rôle de l'infirmière dans les soins primaires*. Reykjavik, 14-18 juillet 1975.
- *Programas de formación de enfermeras:
- Programme d'enseignement. Etudes préparatoires aux diplômes d'État d'Infirmière et d'Assistante Sociale. Arrêté ministériel 4 août 1954. J.O. 10 août 1954.
 - Programme d'enseignement. Etudes préparatoires au diplôme d'État d'Infirmière et au diplôme d'État d'Assistante Sociale. Première année mixte. Arrêté ministériel du 17 juillet 1961. Etudes préparatoires au diplôme d'État d'Infirmière. Première et deuxième années. Arrêté ministériel du 17 juillet 1961, J.O. 21 juillet 1961.
 - Programme des études d'infirmière. Arrêté du 5 septembre 1972. J.O. 7 septembre 1972.
 - Programme d'études préparatoires au diplôme d'État d'infirmier et d'Infirmière. Arrêté du 12 avril 1979. J.O. 14 avril 1979.
- *Wehrlin N., *La profesión d'Infirmière en France*. Paris, Expansion scientifique, 1981.

Documentos no publicados

- *Charton J., et Duhart J., "Division du travail et secteurs de services: analyse du changement dans la profession d'infirmière hospitalière". Rapport scientifique d'une recherche financée par le C.O.R.D.E.S.
- Levy-Leboyer C., "Les Infirmières en France"; Université de Paris. École Pratique des Hautes Études. Laboratoire de psychologie du travail, 1967.
- *Sibiril Y., "Histoire d'une réforme des études d'infirmière, 1962-1972". Maîtrise en Sciences de la société. Université Paris VII, septembre 1977.

TERCERA Y CUARTA PARTES

Libros

- *Abdellah F. G., *Patient-centered Approaches to Nursing*. New York, McMillan Company, 1961.
- *Adam E., *Être infirmière*. Montréal, Éditions HRW, 1979.
- Ajar E., *La vie devant soi*. Paris, Mercure de France, 1975.

- Bachelard G., *Le nouvel esprit scientifique*. Paris, PUF, 1968.
- Bellotti E., *Du côté des petites filles*. Paris, Ed. des Femmes, 1974.
- Bertalanffy von L., *Théorie générale des systèmes*, Paris, Dunod, 1973.
- Berthaux D., *Destins personnels et structure de classe*. Paris, PUF, 1977.
- Bertherat T., *Le corps a ses raisons*. Paris, Seuil, 1976.
- Bosquet M., *Écologie et liberté*. Paris, Galilée, 1977.
- Bredin J.D., *Les Français au pouvoir*. Paris, Grasset, 1977.
- Briche G., *Furriculum vitae*. Chronique Hospitalière d'un Lupus. Imprimerie Souchet, 1979.
- *Brown E. L., *Nursing for the future*. New York, Russell Sage Foundation, 1948.
- *Brown E.L., *The Newer dimension of patient care*. New York, Russell Sage Foundation, 1962.
- Capra F., *Le Tao de la physique*. Paris, Tchou, 1979.
- *Cohen H.A., *The Nurse's Quest for a professional Identity*. California, Addison-Wesley Publishing Co, 1981.
- *Exchaquet N., *Effectifs et organisation pour des soins infirmiers adéquats*. Paris, Centurion, 1980.
- Galambaud B., *Les faces cachées de la formation*. Paris, Privat, 1980.
- Garaudy R., *Appel aux vivants*. Paris, Seuil, 1979.
- Hall E., *La dimension cachée*. Paris, Seuil, 1971.
- Hall E., *Au-delà de la culture*. Paris, Seuil, 1976.
- *Herbet L., et Quillet L., *La base du soin infirmier: le vécu corporel*. Paris, Masson, 1981.
- Herzlich C., *Santé et maladie*. Paris, Mouton, 1969.
- Illich I., *La convivialité*. Paris, Seuil, 1973.
- Illich I., *Némésis médicale*. Paris, Seuil, 1975.
- Jacob F., *La logique du vivant*. Paris, Gallimard, 1970.
- Laborit H., *La Nouvelle Grille*. Paris, Laffont, 1974.
- Laplantine F., *Les 50 mots-clés de l'Anthropologie*, Paris, Privat, 1974.
- Leroi-Gourhan, *Le Geste et la Parole*, tomes 1 et 2. Paris, Albin-Michel, 1964.
- Leroi-Gourhan, *Évolution et technique*. Paris, Albin-Michel, 1971.
- *Levine M., *Introduction to Clinical Nursing*. Philadelphia, P.A. Davis Company, 1969.
- Linton R., *Les Fondements culturels de la personnalité*. Paris, Dunod, 1968.
- Lory B., *Politique d'action sociale*. Paris, Privat, 1975.
- Maccio C., *Autorité, pouvoir, responsabilité*. Lyon, Chronique Sociale de France, 1980.
- Mac Luhan, *Pour comprendre les media*. Paris. Seuil, 1968.
- Memmi A., *La Dépendance*. Paris, Gallimard, 1979.
- Mendel G., *Sociopsychanalyse* 1 et 2. Paris, Payot, 1972.
- Montagu A., *La Peau et le Toucher*. Paris, Seuil, 1971.
- Morin E., *Le Paradigme perdu*, La nature humaine. Paris, Seuil, 1973.
- Morin E., *La Nature de la nature*. Paris, Seuil, 1977.
- Morin E., *La Vie de la vie*. Paris, Seuil, 1980.
- Morin E., *Pour sortir du vingtième siècle*. Paris, F. Nathan, 1981.
- *Orem D., *Nursing: Concepts of practice*. New York, McGraw Hill, 1971.
- Piaget J., *Biologie et connaissance*. Paris, Gallimard, 1967.
- *Poletti R., *Les Soins infirmiers, théories et concepts*. Paris, Centurion, 1978.
- Reich W., *La Fonction de l'orgasme*. Paris, L'Arche, 1970.
- *Riehl J.P., and Roy C., *Conceptual Models for Nursing Practice*. New York, Appleton Century Crafts, 1974.
- Rocheblave A.M., *Le pouvoir démasqué*. Paris, Ed. Universitaires, 1974.

- *Roper N., Logan W., Tierney A., *The Elements of Nursing*. Londres Churchill Livingstone, 1980.
- Rosnay de J., *Le Macroscopie*. Paris, Seuil, 1975.
- Sainsaulieu R., *L'Identité au travail*. Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1977.
- Selye H., *Le stress de la vie*. Montréal, Ed. de la Presse, 1974.
- *Simmons L., and Henderson V., *Nursing Research*. A survey Assessment. New York, Appleton Century, 1964.
- Ziegler J., *Les vivants et la mort*. Paris, Seuil, 1975.

Revistas y artículos

- *AMIEC "Santé et milieu de vie". N° 4, 1978. "Les Soins infirmiers et la Recherche", N° 6, 1980.
- *Ashley J., "About power in Nursing". *Nursing Outlook*, octobre 1973, 637-641.
- *Beck P., et Meier M., "Le choc de la réalité", *Soins Infirmiers*, 1-1981, 57-64.
- Bitensky R., "Théorie du service social et pouvoir politique aux États-Unis", *Techniques d'Action Sociale*, juin, n° 22, 1976.
- *Bonsart M.T., "Vers une nouvelle image de l'infirmière", *L'Infirmière Enseignante*, no. 2, février 1981, 9-11; "La nouvelle image de l'infirmière", *L'Infirmière Enseignante*; n° 6, juin 1981, 6-7.
- *Boyer M., "De la formation des infirmières, malaise infirmier", *Soins infirmiers*, 4/81, 28-33.
- *Bureau N., "Réflexion sur les théories de soins infirmière", *Infirmière enseignante*, n° 1, janvier 1980, 5-9 et février 1980, 5-9.
- *CCPS "Une évolution parmi d'autres: la fonction infirmière". Journées de perfectionnement, novembre 1978. "Soins infirmiers: acte responsable ou geste routinier". Journées de perfectionnement, novembre 1979.
- *Chancelerel J., "Réflexions à propos des theories de soins", *Revue de l'Infirmière*, avril 1980, 12-15.
- *Chancelerel J., "Quelques réflexions à propos des théories de soins infirmiers", *Revue suisse Soins Infirmiers*, 12-1980, 648-651.
- *Charles G., "A propos des Soins Infirmiers", *Soins*, T. 24, N° 2, janvier 1979.
- *Cheikh M., "Démarche d'action sanitaire et sociale d'une situation de soins". *Symbiose*, juin-juillet 1979.
- *Collière M.F., "Réflexion sur une nouvelle approche des soins infirmiers de santé publique". *Soins*, tome 20, juin 1975.
- *Collière M.F., "Les soins de santé primaire... un expression à la mode?... ou une option sociale, économique et politique", *Ouvertures*, n° 20, 4^e trimestre 1980, 1-9.
- *Fortin M., "Principaux éléments du cadre conceptuel de D. Orem Auto Soins (self-care)", *Infirmière française*, avril 1980, 7-8.
- *Fournier C., Scotto O., "De l'injection médicamenteuse à un développement des soins de santé primaire". *Ouvertures*, n° 20, 4^e trimestre 1980.
- *Levin L., "Patient Education and Self-care: how do they differ", *Nursing Outlook*, March 1978, 170-174.
- *Magnon R., "Des soins pour les besoins des hommes", *Soins*, tome 22, n° 5, août 1977.
- Norris C., "Prises au jeu de nos illusions, nous restons à l'écart de l'avancement et du pouvoir". *L'Infirmière canadienne*, septembre 1973, 36-40.
- OMS "La Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaire", *Chronique OMS*, novembre 1978.
- Martin J., "Le Patient actif, une évolution nécessaire", *Chronique OMS*, 32, 1978, 55-61.

- Wood P., "Comment mesurer les conséquences de la maladie: la classification internationale des infirmités, incapacités, handicaps", *Chronique OMS*, 34, 1980, 400-405.
- *Perier J., "Qu'est-ce que la recherche et à quoi sert-elle dans le domaine des soins infirmiers", *Soins infirmiers*, 3/80, 132-136.
- *Poletti R., "De la conception des soins infirmiers", *Soins infirmiers*, 12-1980, 654-662.
- *Pouit J., "De Virginia Henderson à Dorothy Orem", *Infirmière française*, juin 1979, I-III.
- *Raine S., "L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur", Lyon, *Revue d'épidémiologie*, tome 19, n° 8, 1971.
- Smedt de M., "Entretien avec... Edgar Morin, sociologue et philosophe", *Psychologie*, décembre 1980, 9-13.
- *Stinson S., "Puis-je me lancer dans la recherche?" *Infirmière canadienne*, septembre 1973, 26-31.
- *"Le Travail de communauté", *Informations sociales*, 12-1973.
- Vercammen J., "Réflexion sur la pratique des travailleurs sociaux". *Techniques d'Action sanitaire*, juin, n° 22, 1976.
- *Woody M., Malison M. "Le système de soins centré sur les problèmes du malade". *Infirmière suisse*, janvier 1975.

Revistas norteamericanas de enfermería

Nursing Outlook. Dépouillement exhaustif de janvier 1970 à avril 1981.

Nursing Research. Dépouillement partiel à partir de 1967.

Consulta y sugerencia por temas y por orden cronológico extraídos de *Nursing Outlook* y *Nursing Research*:

• **IMAGEN, IDENTIDAD, VALORES Y CONCEPCIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

- 1971* Collins D., Joël L., "The image of Nursing is not changing", *Nursing Outlook*, July 1971, p. 456-459.
- 1972* "Nursing at the Crossroads". *Nursing Outlook*, January 1972 (todo el número entre otros "Perspective on the Physician's Assistant") y Rogers M. "Nursing to be or not to be?" *Nursing Outlook*, January 1972, p. 42-46.
- *Sheahan D., "The game of the name: Nurse professional and Nurse technician". *Nursing Outlook*, July 1972, p. 440-444.
- 1973* Rothberg J., "Nurse and Physician's Assistant: Issues and Relationships". *Nursing Outlook*, March 1973, p. 154-158.
- *Keller N., "The Nurse's role: is it expanding or shrinking". *Nursing Outlook*, April 1973, p. 236-240.
- *"Identity Crisis". *Nursing Outlook*, October 1973, p. 633.
- 1974* Beletz E., "Is Nursing's Public Image up to date". *Nursing Outlook*, July 1974, p. 432-435.
- 1975* Thomstad B., "Changing the Rules of the Doctor-Nurse Game". *Nursing Outlook*, July 1975, p. 422-427.
- 1977* Hassenplug L., "Nursing can move from here to there". *Nursing Outlook*, July 1977, p. 432-438.
- 1979* Gamer M., "The Ideology of Professionalism". *Nursing Outlook*, February 1979, p. 108-111.
- *Benton D., "You want to be a what?" *Nursing Outlook*, June 1979, p. 388-392.
- *Fuller S., "Humanistic Leadership in a pragmatic Age". *Nursing Outlook*, December 1979, p. 770-773.
- 1981* Gendron D., "Symbolic Acts and the Development of a Professional Identity". *Nursing Outlook*, January 1981, p. 31-34.

- *Kramer M., "Philosophical Foundation of Baccalaureate Nursing Education". *Nursing Outlook*, April 1981, p. 224-228.

INVESTIGACIÓN: CONCEPCIÓN, ORIENTACIÓN

- 1967* "Research-How will Nursing define it", *Nursing Research*, Spring 1967, vol. 16, nº 2, p. 108-129.
 1970* Abdellah F., "Overview of Nursing Research", 1955-1968.
 Part. I *Nursing Research*, 1970, vol. 19, no. 1, p. 6-17.
 Part. II *Nursing Research*, 1970, vol. 19, no. 2, p. 151-162.
 Part. III *Nursing Research*, 1970, vol. 19, no. 3, p. 239-252.
 1976* Notter L., "The case for Nursing Research". *Nursing Outlook*, December 1976, p. 760-763.

TEORÍAS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- 1969* "Conference on the nature of nursing". *Nursing Research*, Sept.-oct. 1969, vol. 18, nº 5, p. 388-410.
 1971* Leininger M., "This I believe...". *Nursing Outlook*, Dec. 1971, p. 787-791.
 1972* Longway I., "Curriculum Concepts - An Historical Analysis". *Nursing Outlook*, Feb. 1973, p. 116-120.
 *Newman M., "Nursing's Theoretical evolution". *Nursing Outlook*, July 1972, p. 449-453.
 1973* L. Henderson V., "On nursing care plans and their history". *Nursing Outlook*, June 1973, p. 378-382.
 *Daubenmire M., King I., "Nursing Process Models: a system's approach". *Nursing Outlook*, August 1973, p. 512-516.
 *Quiring J., "A model for curriculum development in nursing". *Nursing Outlook*, November 1973, p. 714-716.
 1974* Duffey M., and Muhlenkam A., "A framework for theory analysis". *Nursing Outlook*, Sept. 1974, p. 570-574.
 1975* Reilly D., "Why a conceptual framework?" *Nursing Outlook*, Sept. 1975, p. 566-569.
 1976 * Baker B., Brower H. "Using the adaptation model in a practioner Curriculum". *Nursing Outlook*, November 1976, p. 666-690.
 1978* Fuller S., "Holistic man and the science and practice of nursing", *Nursing Outlook*, Nov. 1978, p. 700-704.
 1979* Crawford G., and others, "Evolving Issues in theory development", *Nursing Outlook*, May 1979, p. 346-351.
 1980* Davenport N., "The nurse scientist - between two worlds". *Nursing Outlook*, Jan. 1980, p. 28-31.
 1981* Williamson J., "Mutual interaction: a model of nursing practice". *Nursing Outlook*, Feb. 1981, p. 104-106.

Documentos no publicados

- *Colloque des techniques Infirmières, Collège de Maisonneuve. Montréal, Rapport "Ressourcement et Envol", 2 au 5 juin 1980.
 Latreille G., "Naissance des métiers dans la France contemporaine, 1950-1975". Thèse de doctorat d'État ès-lettres et sciences humaines, octobre 1979.

Películas

- Belmont Ch., *Rak*, francesa, 1972.
 Bergman I., *Persona*, sueca, 1966.
 Trumbo D., *Johnny s'en va-t-en guerre*, estadounidense, 1972.

