

**MODELO DE PENSAMIENTO ANTROPOFILOSÓFICO EN EL
DISCURSO Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.**

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS AVANZADOS DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA

**MODELO DE PENSAMIENTO ANTROPOFILOSOFICO
EN EL DISCURSO Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.**

Cursante:

Enfer. Fanny Barbera.

Tutor:

Dra. Nelly Arenas

Valencia, Mayo 2010

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Yo, Dra. Nelly Arenas, en mi carácter de Tutor del Trabajo Doctoral titulado: **MODELO DE PENSAMIENTO ANTROPOFILOSÓFICO EN EL DISCURSO Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.** Presentado por la ciudadana: Fanny Barbera, titular de la Cédula de Identidad N° 8.833.527 para optar al título de Doctora en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes par ser sometidos a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Valencia a los 11 días del mes de Mayo del año Dos Mil Diez.

Firma

C.I: _____



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



CONTROL DE ESTUDIOS

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

Por medio de la presente hacemos constar que el Proyecto de Trabajo Doctoral titulado: **MODELO DE PENSAMIENTO ANTROPOFILOSÓFICO EN EL DISCURSO Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERIA**, presentado por la ciudadana: Fanny Barbera, titular de la Cédula de Identidad N° 8.833.527 para optar al título de Doctora en Enfermería, reúne las condiciones exigida para la inscripción del mismo, como la factibilidad, originalidad y el interés que representa para el cual va dirigido

La Dra. Nelly Arenas, acepto la tutoría de este trabajo.

En Valencia, a los dos días del mes de mayo del 2007

Por la Comisión Coordinadora:

Jefe del Programa: _____

Profesor Tutor: _____



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Estudios Avanzados de Postgrado
Doctorado en Enfermería

MODELO DE PENSAMIENTO ANTROPOFILOSÓFICO EN EL DISCURSO Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.

Cursante:
Enfer. Fanny Barbera.
Tutor:
Dra. Nelly Arenas

Valencia, Mayo 2010

Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Estudios Avanzados de Postgrado
Doctorado en Enfermería

MODELO DE PENSAMIENTO ANTROPOFILOSÓFICO EN EL DISCURSO Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA.

Autora:

Lic. Fanny Barbera.

Tutora:

Dra. Nelly Arenas

RESUMEN

El estudio, es una investigación social, sustentada en la matriz epistémica compleja, con diseño de lógica de configuración. Está adscrito a la línea de investigación del programa doctorado en enfermería, área de concentración salud y cuidado humano, referida a la práctica de enfermería, cuidado humano, salud y educación. Tiene el propósito de: construir una teoría del modelo de pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de enfermería. Utiliza interacción de métodos: observación cualitativa y relato de vida, en la recolección de información y teoría fundamentada, para el procesamiento. Los sujetos de estudios lo representan 04 enfermeras de diferentes edades y experiencia laboral, fueron seleccionadas intencionalmente de un mismo contexto, un hospital urbano tipo IV. Para la saturación, se aplicó criterio de repetición de contenido y redundancia teórica. Se construyeron 5 categorías: El Prisma Humano, el Ser Intersubjetivo, El Universo Personal, Existencialismo Personal y Ser de Derechos. Desde el discurso, las enfermeras muestran un modelo de pensamiento antropofilosófico, cuya interpretación se integran a corrientes teóricas y filosóficas diversas, destacándose el personalismo cristiano y el existencialismo teísta, teorías que derivan de la enfermedad, implícitamente enmarcados en la visión mecanicista del ser humano y teorías de las necesidades humanas. Tendencias que, se corresponden con el referente teórico y empírico. El estudio cierra con la construcción de una teoría del modelo conceptual del pensamiento antropofilosófico de enfermería.

PALABRAS CLEVES: Pensamiento, Personalismo, Intersubjetividad, Necesidades Humanas, Universo Personal, Existencialismo, Cuidado Humano.

ÍNDICE

| Contenido | Pág. |
|--|-------------|
| Introducción | 1 |
| Capítulo I: El Problema de Investigación..... | 6 |
| Momento de Pre-Configuración | 5 |
| Propósito de la Investigación | 27 |
| Justificación de la Investigación | 28 |
| Matriz Epistémica | 31 |
| Capítulo II: Marco Teórico Referencial | 37 |
| Bases Teóricas | 38 |
| Fundamentos de la Antropología Filosófica..... | 38 |
| El Personalismo | 56 |
| Contexto Histórico Social..... | 56 |
| El Personalismo de Martín Buber..... | 60 |
| El Personalismo de Emmanuel Mounier..... | 67 |
| El Personalismo de Jacques Maritain..... | 84 |
| El Existencialismo de Gabriel Marcel..... | 90 |
| El Pensamiento Enfermero..... | 97 |
| La Edad Antigua y el Pensamiento Enfermero..... | 94 |
| La Edad Media y el pensamiento Enfermero ... | 104 |
| El Renacimiento, la Edad Moderna y el Pensamiento Enfermero..... | 112 |
| La Enfermería Postnightingale..... | 112 |

| | |
|---|-----|
| El Pensamiento Antropofilosófico en la Educación de Enfermería..... | 120 |
| La Naturaleza de los Problemas de Enfermería..... | 113 |
| | 134 |

ÍNDICE (cont.)

| | |
|---|-----|
| Investigaciones que anteceden a la Investigación..... | 149 |
| Capítulo III. Abordaje del Pensamiento Complejo de Enfermería desde la Complejidad..... | 158 |
| Fundamentos Metodológicos..... | 159 |
| Teoría Fundamentada..... | 159 |
| Teoría Semiótica..... | 162 |
| Principio de Holograma..... | 165 |
| Principio de Holopraxis..... | 167 |
| El Relato de Vida..... | 168 |
| Momentos de la Investigación..... | 173 |
| Capítulo IV. Reconfiguración y Construcción Teórica..... | 176 |
| Reconfiguración en Diagrama Matricial..... | 178 |
| Construcción Teórica Descriptiva..... | 178 |
| Construcción Teórica Interpretativa..... | 180 |
| Categoría 1: El Prisma Humano..... | 180 |
| Categoría 2: Ser de Intersujektividad..... | 195 |

| | |
|--|-----|
| Categoría 3: El Universo Personal | 228 |
| Categoría 4: Existencialismo Personal..... | 260 |
| Categoría 5: Ser de Derechos..... | 277 |
| Consideraciones de Cierre..... | 293 |

ÍNDICE (cont.)

| | |
|--|-----|
| Capítulo V. Modelo de Cuidado Humano..... | |
| Fundamentos Teóricos, Filosóficos y Axiológicos..... | |
| Red Conceptual del pensamiento enfermero..... | 296 |
| Referencias Bibliográficas..... | 297 |
| Anexos..... | 308 |
| | 320 |
| Gráfico N° 3: Gráfico Matricial de Información..... | |
| Gráfico N° 4: Teoría/Empiria del Pensamiento Antropofilosófico de Enfermería..... | 333 |
| | 334 |
| | 348 |

INTRODUCCIÓN

Un Encuentro con la Incertidumbre en el Pensamiento Complejo de Enfermería

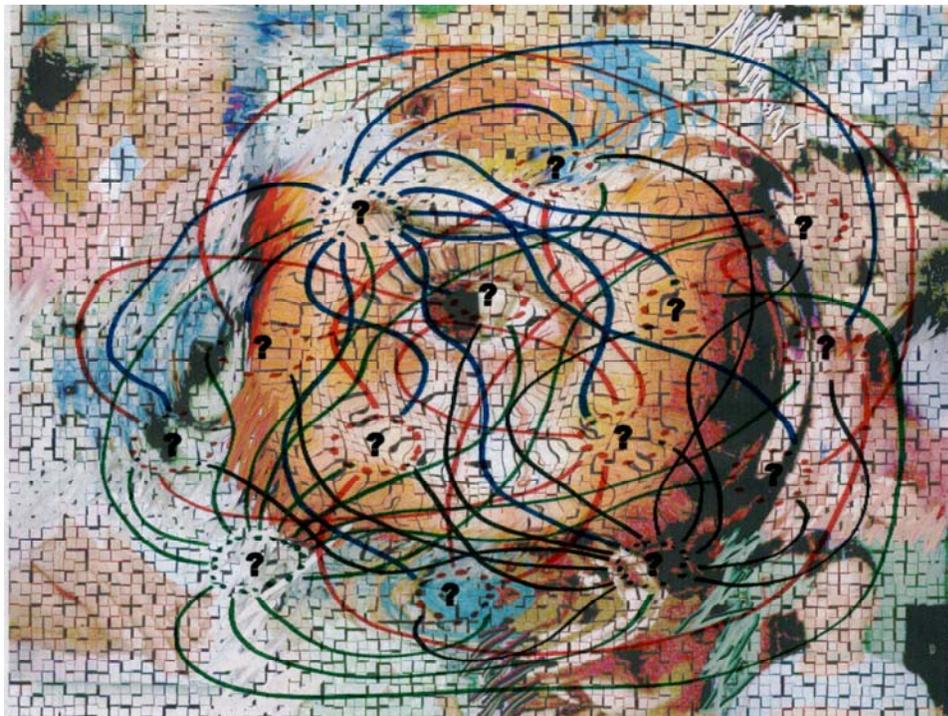


Gráfico N° 1: Red de Incertidumbres

Esta imagen presenta el significado que le asigno a la investigación, la cual está cargada de representaciones contempladas desde una red de incertidumbres, que me caracterizan durante esta etapa inicial de la investigación, abunda la confusión y la duda, estado que aumenta, en la misma medida que emerge una red de vivencias que no por lejanas e infrecuentes, invaden mis sentidos.

Quizás por ello, a diario siento que detrás de lo que veo, como llevado al fondo por la tecnología de la vida, en el discurso y la práctica de enfermería se esconde la naturaleza humana, realidad social en coexistencia con la realidad trascendente, manifiesta en el ritmo de la vida, la enfermedad y la muerte, donde oscilan en ondas los latidos del alma, aquello que esconden los seres humanos, que muestran su naturaleza en el laberinto de expresiones y eventos, que él no sabe si lo fortalece o debilita, pero que confluye en la experiencia interhumana.

Y así, aunque medía una jeringa, un comprimido o un jarabe, en el fondo, oculto pero emergente, inobservado pero observado, admitido pero negado, en algún lugar se encuentran la esperanza y la desesperanza, la confianza y la desconfianza, el amor y la indiferencia, la libertad y el dominio, el temor y el valor, la alegría y la tristeza, la felicidad y el sufrimiento...y el reto de vivir o morir, como si el hombre puede decidir en autodeterminarse o ser determinado por una fuerza oculta, que él cree ver en todas partes.

Partí a un encuentro con la realidad, para explorar el fenómeno de incongruencia entre el discurso humanístico y la práctica de enfermería, aunque a veces dudo, si es incongruente o soy yo quien ha creído que dijeron lo que nunca escuché, y que veo lo que dije que no veía. No hay escenarios ni respuestas obvias, ni simples, pues lo que percibo es una red de incertidumbre: ¿Qué había en el

pensamiento de cada enfermera(o) en la cotidianidad del cuidado? ¿Cómo los cuida?
¿Qué significaba el paciente como ser humano?

Y es que, el propósito del cuidado enfermero está sujeto a dificultades, considerando, que la enfermería existe dentro de un sistema de cuidado de salud médicamente orientado, enfocado en la meta el diagnóstico, el tratamiento y la cura de las enfermedades, de la manera más rápida y eficiente posible. Tal orientación, puede llevar al sistema a no relacionarse con las metas de enfermería, en cuanto a limitar el cuidado integral, con carácter multidimensional, personalizado y centrado en una relación enfermera/ paciente significativa.

Más aún, en el momento de encontrarse en un contexto hospitalario la enfermera (o) con el paciente, puede que, la concepción del ser humano sea referencia de la interacción humana, reflejo de construcción social, que puede comportarse en forma de atractor de organización de la acción de cuidar, o dirigirla hacia el desgaste ; lo que puede constituirse en un escenario de incongruencia entre el discurso humanístico de la enfermera(o) y la práctica, manifiesto en diversos eventos humanos interrelacionados.

Este supuesto, motiva la investigación, ubicando el pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de enfermería, en situación de fenómeno social complejo, porque implicaría entenderlo en un todo asociados en conjuntos inseparables, en cuanto a tejido de pensamientos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares, que constituyen el mundo fenomenológico, presentado en desorden, ambigüedad e incertidumbre.

De esta manera, el presente estudio, pretende estar en correspondencia con el pensamiento antropofilosófico, a manera de construcción en la realidad social y como base de la relación interpersonal, fenómeno que puede contemplarse desde la subjetividad y la objetividad, en la noción de la esfera personal y colectiva de significación, donde se integra lo objetivo y lo subjetivo como

realidad y proceso que establecen un universo simbólico de signos, elementos de representación de la realidad integrada por códigos de expresiones, significados e imágenes simbólicas.

En la práctica y el discurso se ha de reflejar la confluencia de las diferentes filosofías, teorías y modelos de enfermería, que se espera estén definidas en el campo de las ciencias humanas. ¿Pero se expresa esta tendencia en el pensamiento antropofilosófico o coexisten otras corrientes? Esta interrogante, me llevo a plantearme el propósito de la construcción de una teoría del pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de enfermería, temática que orienta el desarrollo de la investigación.

Ha de señalarse, que el estudio, es una investigación social, sustentada en la matriz epistémica compleja, con diseño de lógica de configuración. Está caracterizado por, la aplicación simultánea e interactiva de métodos, a decir: relato de vida, observación cualitativa, teoría fundamentada, el principio holográfico, el principio de holopraxis y la teoría semiótica.

Para el mismo, se seleccionaron, intencionalmente y con el criterio de saturación de contenido y teoría, 04 enfermeras, con diferentes años de graduadas que laboran en un hospital urbano tipo IV. La dinámica del estudio se desarrolló desde Mayo del 2006 a Julio de 2010, para un total de 4 años, organizado en 4 momentos: preconfiguración, configuración, recon-figuración y construcción teórica.

El informe del estudio se desarrolla en 5 Capítulos, el Capítulo I, referido al problema de investigación o momento de pre-configuración, presenta la incertidumbre antropofilosófica de enfermería, el propósito, la justificación del estudio y la matriz epistémica. Por su parte, el Capítulo II, reseña el marco referencial, que se detiene a describir, fundamentos de la antropología filosófica, referidos al personalismo, el existencialismo, el pensamiento enfermero, la naturaleza de los problemas

de enfermería e investigaciones que anteceden.

Seguidamente, el informe presenta el capítulo III, un abordaje de incertidumbre del pensamiento complejo de enfermería, a través del cual se explica los fundamentos metodológicos y los momentos de la investigación. En forma continua, se redacta el Capítulo IV, donde se exponen los resultados de la investigación, a través de la matriz empírica, la reconfiguración teórica/empírica y la construcción teórica. Finalmente, se despliega la propuesta de la teoría del modelo de pensamiento antropofilosófico de enfermería.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Momento de Pre-Configuración.

La enfermería, es una ciencia humanística que tiene como objetivo compensar o ayudar a las personas en las actividades de cuidado, las cuales están dirigidas a satisfacer las necesidades que le permiten mantener la salud y la vida, en situaciones que limitan la capacidad de autorrealización a causa de circunstancias inherentes al desarrollo humano, enfermedad o lesión.

Desde el punto de vista social, se acepta que los servicios de enfermería contribuyen a satisfacer las necesidades de salud de las personas y la comunidad, porque se ha demostrado que los profesionales de enfermería poseen experticia en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnósticos de problemas de salud, consejería, seguimiento de cuidados, disminución de días de hospitalización y satisfacción de los pacientes (1).

En atención a estas contribuciones al logro de la calidad de los servicios y programas de salud, son admitidos los cuidados de enfermería como servicios necesarios para responder a las demandas de salud y la calidad de vida de la población. Por tal razón, enfermería debe definir sus competencias profesionales, entendidas estas como: *“aquel conjunto de habilidades, actitudes, conocimientos y procesos complejos de la actuación profesional que están en nivel exigible en cada momento”* (2).

Todas estas competencias, están inmersas en la cotidianidad, pero las que impresionan como abstractas son los denominados “*procesos complejos*”, por lo que cabe interrogarse: ¿cuáles son las competencias inherentes a los procesos complejos?

Tal vez, nos vemos tentados a asumir la comunicación interpersonal como proceso complejo y estaríamos en lo cierto, porque de acuerdo a las concepciones teóricas sobre enfermería el desempeño de los cuidados de enfermería son un proceso de interacción personal, entre la enfermera(o) y el paciente y en tal sentido se plantea que “*el profesional de enfermería utiliza las técnicas de comunicación interpersonal para desarrollar una relación que la lleve a comprender al paciente íntegramente como individuo*” (3).

Pero, erraríamos al afirmar que la comunicación es el único proceso complejo, ya que la complejidad de enfermería ha de verse en la totalidad del acto de cuidar, es decir, al momento de intervenir en el cuidado del paciente, pues más allá de las técnicas de comunicación, es la comprensión humana, desde y con sus dimensión biológica, psicológica, social y espiritual, lo que hace definir la naturaleza humana del acto de enfermería.

De ahí, radica el carácter complejo, es decir del cuidar como acción humana, más aún cuando la enfermera(o) tiene la posibilidad de estar durante momentos tan vulnerables en la vida, como es la enfermedad y la muerte, lo que le asigna la responsabilidad personal y el compromiso trascendental de elegir una interacción

sujeto-sujeto, o una relación sujeto-objeto, donde la técnica y la actividad es el objetivo.

Este compromiso humano y trascendental de enfermería, fundamenta la connotación de cuidar como experiencia humana, interactivo, en cuanto a la expresión y manifestaciones de la debilidad y fortaleza de la existencia humana, lo que le asigna a la enfermera (o) una responsabilidad con la condición humana de sí misma y hacia otros y con el compromiso en la búsqueda de una relación transpersonal que demanda una conceptualización antropofilosófica fundada en conocimiento existencial y trascendental (4).

Ahora bien, surge una interrogante inicial ¿Se expresa este compromiso trascendental en la práctica de enfermería? Otros profesionales de la salud y algunas enfermeras en actitud autocrítica, han expresado observaciones sobre la preferencia de los profesionales de enfermería por desempeñar y cursar estudios de postgrado en áreas administrativas.

Así mismo, se ha señalado que las enfermeras invierten la casi totalidad del tiempo en el “*escritorio*”, limitando su intervención a la administración de medicamentos, mientras delegan en las auxiliares de enfermería los cuidados que requieren permanencia y contacto con el paciente. Comportamiento que puede estar indicando incongruencia entre discurso y práctica de enfermería.

En atención a la problemática planteada y aceptando que las enfermeras(os) asumen la disciplina en el marco de la ciencia humana, lo primero que han de responderse es: ¿De donde parte el compromiso trascendental de enfermería con otros seres humanos?

Desde esta interrogante, el compromiso trascendental con las demás personas está asociado a lo que concibe sobre ¿Quién es el ser humano? Al respecto, Rogers afirma que la consideración positiva hacia los demás es incondicional, cuando se valora al otro solo por *ser persona*, como valor

intrínseco, lo que genera consideración positiva incondicional (5).

Esta valoración, señalada por Rogers (2000), no es más que el *pensamiento antropofilosófico*, constituido por la concepción que cada persona asigna a lo que es un ser humano, lo cual es un proceso que encierra aspectos inconsciente, de múltiples influencias, biológica, psicológica, espiritual y sociocultural, pero también tiene aspectos conscientes, de racionalidad, que se expresa al momento que libremente guía la elección de normas y valores que confieren sentido de ser y de vivir (6).

¿Quién es el ser humano para enfermera (o)? será entonces una interrogante tan trascendental como el compromiso de enfermería con la humanidad, porque una posible incongruencia entre el discurso y la práctica de enfermería, explicada como proceso personal y social, pueda interactuar en los sistemas de salud, alterando los atractores de auto-organización y constituirse en condición de caos o desorden del sistema.

De esta manera, el pensamiento antropológico se relaciona con enfermería, en el marco de las ciencias humanas, puesto que ofrece los conocimientos y referentes éticos, necesarios para el discernimiento de un comportamiento profesional basado en el respeto de la dignidad humana, la comprensión de la condición humana de la persona cuidada y en el compromiso de trascender en cada interacción de cuidado.

¿Cuál es la raíz de este compromiso trascendental que ha de estar reflejado en el modelo de pensamiento antropofilosófico de la enfermera(o)? El camino a la comprensión de este fenómeno, requiere ser visto desde su contexto histórico social, lo que plantea descubrir, desde la historia de enfermería, las corrientes teóricas y filosóficas que han dado representaciones significativas de la realidad, en el pensamiento enfermero, en cuanto a la concepción del hombre y la enfermería.

¿Cuáles son las representaciones de la realidad que pueden, históricamente, tener

significación en el pensamiento enfermero, en cuanto a la concepción del hombre y la enfermería? En la revisión de diferentes eventos históricos se destacan las siguientes tendencias: el origen de enfermería como oficio doméstico de carácter femenino, inicialmente con sentido de cooperación comunitaria y luego como servidumbre, la práctica de enfermería en condición de asistente médico, la transformación de enfermería como oficio religioso sujeto a la doctrina cristiana y la presencia del positivismo en el ámbito de la salud y la enfermedad.

Es evidente que, la enfermería tiene una raíz natural de cooperación comunitaria, ya que la orientación de los seres humanos es asegurar la continuidad de la vida propia y del grupo, por lo que procura los medios indispensable para las funciones vitales, tal es el caso del aire, agua, alimento y protección. Estos medios, crean la necesidad de acciones indispensables. Así el cuidado es un acto humano, que persigue la satisfacción de las necesidades que permiten la vida, dando lugar a prácticas cotidianas, que nacen del saber hacer (7).

No obstante, históricamente el “cuidador de la vida”, quedó asignada a una labor personal, y el cuidar en la enfermedad se le fue asignado a la ocupación de “enfermería”, de clara connotación de enfermo. Por lo tanto, es un camino indiscutible, si se pretende descubrir las raíces de enfermería, la relación con la medicina, que en caso de las comunidades primitivas, constituyó una tarea específica de dedicación exclusiva, realizado por un hombre con facultades mágico religiosas.

De acuerdo a lo planteado, por algunos historiadores, en la cultura primitiva la función de curar y cuidar al enfermo, aparece estrechamente relacionada al chaman, quien permanecía con él, hasta su curación o muerte. Y es en la edad antigua cuando los sacerdotes-médicos, definen la enfermería como asistente. Por lo que, surge una estrecha vinculación de la medicina con la enfermería, precisamente desde el momento que el médico, delega en un asistente las acciones terapéuticas, aquellas que requerían más de la actividad manual que del poder religioso, reservado al sacerdote.

Tenemos entonces que, la raíz de enfermería, como actividad delegada por el médico, parece tener origen en la cultura antigua, de hecho en la obra “La Odisea”, la esclava Euriclea es llamada buena enfermera. También, en el papiro de Ebers hace referencia a la administración de drogas, aplicación de ungüentos y gomas. Estas actividades delegadas, eran efectuadas por los sirvientes y esclavos de las familias, en el mismo rango de las otras actividades domésticas, tales como la alimentación y la limpieza. Igualmente, en los escritos de Hipócrates es citado el asistente o servidor, a quien se le da instrucciones para realizar el baño e indicaciones dietéticas (8).

Puede presumirse que, las actividades delegadas por el médico de la antigüedad, obedecen a que la cultura occidental elogia la razón, el saber teórico y desprecia el trabajo manual, tratándose de una sociedad esclavista, que había dejado atrás el sentido comunitario y cooperación de la sociedad, y de esta manera, los cuidados del enfermo dejan de ser un acto de cooperación o ayuda y pasa a tener connotación de actividad de sirvientes y esclavos, aunque en ambas situaciones es un oficio doméstico.

Mas adelante, cuando se implanta el cristianismo, doctrina que representa una de las corrientes del pensamiento más relevante de enfermería, se transforma la connotación de oficio doméstico a oficio religioso, permanece el papel de enfermería centrado en las órdenes médicas y se recibe el concepto de ser humano de la cultura judeocristiana, creación de Dios, con una posición especial en el universo, puesto que es creatura imagen y semejanza de Dios, y aún con libre albedrío, ha de basar su sentido de la vida en la obediencia y el amor a Dios.

El cristianismo, es una doctrina que se fundamenta en el amor, la fraternidad y el altruismo, implica pensar e interesarse en otros y en consecuencia atender a sus necesidades humanas, en vista que la caridad es amor en acción. Para el cristiano la prueba de fe está en servir, no en ser servido, actividad que lo lleva a salvar su alma. (9). De esta manera, la doctrina cristiana, invierte el pensamiento que acompañó al hombre occidental durante la edad antigua y medieval, en relación a que ya no es considerado un privilegio ser servidos, sino más bien ser servidor.

En ese sentido, la enfermería como tarea religiosa y como actividad institucionalizada, fuera de lo doméstico nace del cristianismo en manos de las diaconisas que acondicionaron estructuras hospitalarias para cuidar a los enfermos, acción diferenciada de otras. De hecho, con el tiempo diferentes agrupaciones religiosas continuaron desarrollando las hospederías, hospitales y leprosería, subyugado al pensamiento cristiano.

Sin embargo, cabe resaltar que la institucionalización del cuidado al enfermo permitió la organización de los servicios de enfermería, cuyas actividades consistían en administrar el hospital, los servicios religiosos y fúnebres, cocinar, lavar y el cuidado de los enfermos referido a bañarlos, suministrar los medicamentos y proporcionar la dieta (10).

En ese orden de ideas, un elemento fundamental de la doctrina cristiana, que guarda relación con el pensamiento antropofilosófico, es que se trata de una doctrina de experiencia existencial. Ese carácter se fundamenta en que Jesucristo evita la conceptología, en cambio utiliza la parábola y las comparaciones, extraídas de la vida cotidiana, y hace de estas sus métodos existenciales y el vehículo de su doctrina. Métodos, que tradicionalmente son continuados por los primeros cristianos, quienes raramente utilizan las deducciones y razonamientos, y más bien se fundamenta en la experiencia personal, en lo vivido, tanto el hecho, como la reflexión, en búsqueda del sentido (11).

Para el cristianismo, el amor es el centro de la religión, Dios es amor que se manifiesta en la vida del hombre, la relación con Dios es una relación de amor y el cumplimiento espiritual de la ley es un acto por amor. El cristiano tiene sentido de la dimensión de Dios en el otro, a quien denomina prójimo, pues *“quien dice que ama a Dios y no ama a su hermano es un embustero, porque quien no ama a su hermano a quien ve no puede amar a Dios a quien no ve”*. (1 Juan. 4, 20). Para el cristiano, es necesario descubrir en el prójimo un sujeto de amor, porque el amor a Dios se realiza en el amor al hermano, porque solamente amando la persona se realiza (12).

Desde la perspectiva de la influencia del cristianismo, parece darse una serie de asociaciones que explican el discurso humanístico y la situación de enfermería como disciplina profesional femenina, porque la filosofía cristiana influye en la concepción de la mujer, dado que como seglares y más aún como religiosas tienen en la figura de María un ideal de persona, símbolo de amor, humildad, sometimiento y subordinación. Lo que pasa a constituir la ratificación de una marca de género femenino en condiciones de discriminación social, que determina la relación de la enfermera en la sociedad y con el médico en términos de subordinación.

A las mujeres, se les pide ser amorosas y aunque la renuncia se exige a hombres y mujeres, son los hombres los próximos y reveladores de la divinidad. Son servidoras de los hombres encargados de contactarse con la divinidad. La obediencia asegura la renuncia y por la obediencia, característica básica de la feminidad, se anulan las particularidades. La mujer debe despojarse de sí misma y poner su existencia al servicio de los otros, debe anular su personalidad y sus deseos con normas disciplinarias de vida muy rígidas (13).

Este estereotipo acompañara a la enfermera durante la historia, porque aún la modernidad, la enfermería se mantuvo en manos de religiosas y en mujeres. Tal relación de género y religión, ha sido señalado rasgo de la disciplina, asociado al lento desarrollo de la enfermería como ciencia, dado que la doctrina cristiana rechazaba el método científico y la razón de la modernidad fue excluyente de las mujeres, por considerar que no poseen el principio básico de la Ilustración (13): la autonomía, derecho natural exclusivo del género masculino.

Estos hechos, mantienen a la enfermería atada a la medicina, como la ejecutora de las medidas terapéuticas ordenadas por el médico, dependiente del saber médico, fuente de su arte y técnicas. Esta dependencia, se observa aún en la obra de Florence Nightingale, puesto que su modelo de cuidado de enfermería es fundamentado en la Teoría del Miasma, según el cual las actividades de enfermería estaban dirigidas a acondicionar el entorno, con limpieza, luz y aire para que los miasmas se

dispersaran, pues las enfermedades surgían en los espacios sucios y cerrados (14), centrando de esta manera a la enfermería en el paradigma de la enfermedad.

Sin duda que, el desarrollo de la enfermería como ciencia del cuidado no estuvo en la visión de Nightingale, pues da énfasis a la destreza y a la vocación. Sus escuelas utilizaban un sistema de aprender aprendiendo, con énfasis en destreza, además se mantenían vinculadas a un hospital, con internado, bajo la instrucción de la enfermera jefe, las monjas y los médicos (15).

De esta manera, las enfermeras de las escuelas Nightingale, se encontraron con un hospital cuyo espacio estaba ocupado por el positivismo, que había asumido la enfermedad como hecho científico y había tecnificado los métodos de observación y cuantificación, y con la experimentación establecía causalidad y validez, transformado el hospital en una institución reparadora de la máquina humana y que le concedía al médico el monopolio de la curación (16).

La visión positivista de la medicina, desarrolla el conocimiento sobre las enfermedades y establece una cultura industrial, donde la enfermedad y la salud están implicadas en los procesos económicos y sociales, de tal manera que se conforma la industria de la salud y se plantea la relación médico paciente en una relación comercial, que se privilegia el consumo de fármaco y la relación hospitalaria, la salud como mercancía, el estado como inversionista y organizador del mercado (16).

Resulta claro que, una consecuencia de la cultura mercantilista de la enfermedad es que la enfermería se asume como subprofesión, y sus competencias son dirigidas hacia la preparación y mantenimiento de equipos y en la administración de medicamentos, respondiendo a los intereses del gremio médico de mantener dominio sobre el mercado, por razones capitalistas y de poder, como es evidente en el discurso médico, donde ellos son responsables de la salud y la enfermera(o) es responsable de lo que los médicos le asignan.

Por otra parte, desde el siglo XVII, las ciencias médicas han estado bajo la concepción

mecanicista, cuya consecuencia más inmediata para el pensamiento antropofilosófico, es que se analiza el cuerpo humano desde el punto de vista de sus partes, la mente es separada del cuerpo, la enfermedad se ve como una avería de mecanismos biológicos y la salud se define como la ausencia de enfermedad. La práctica médica se ha desplazado a los hospitales, la atención es despersonalizada, la tecnología importa más que la habilidad y el contacto con el paciente (17).

Este enfoque mecanicista, al tener influencia en la enfermería, se traduce preponderantemente en que los cuidados de enfermería y la concepción de persona se vinculen al pensamiento positivista. Sin embargo, la enfermería, recibió influencias de otras corrientes del pensamiento, como el existencialismo, la fenomenología y la hermenéutica, durante las décadas de los años 60 al 70 del siglo pasado, pero no en forma directa en el saber de enfermería, sino a través de las escuelas de psicología, humanística, principalmente de Rogers y Maslow.

De hecho, la tendencia cultural nacida del cristianismo y consolidada en la psicología humanística se mantiene en las tendencias actuales de enfermería enmarcadas en definir la profesión como un proceso interpersonal de ayuda a una persona, familia o comunidad con el objeto de promover la salud, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, y si es necesario ayudar a descubrir un sentido a estas experiencias de vida (18).

Por otra parte, entre las primeras tesis de las egresadas del programa de doctorado en enfermería, en Venezuela, se propone el modelo de enfermería como cuidado humano amoroso, entendido como relación intersubjetiva entre una enfermera(o) y la persona sana o enferma, donde se intercambia amor, se respeta la dignidad humana se ofrece seguridad, comunicación y se muestra interés por la satisfacción de las necesidades, cuidado que conduce o genera poder, como fuerza social de la enfermera(o) y motiva a la persona una actitud que incide en la recuperación si esta enfermo o mantiene su bienestar si esta sana (19).

Pero, diferentes investigaciones dirigidas a comprender la relación enfermera paciente, reflejan dudas sobre la integración entre discurso y práctica humanística. Por ejemplo en el estudio (20), titulado: *Las percepciones de enfermeras de la practica y las experiencias de intimidad dentro de la relación enfermera paciente*, se identificó la naturaleza de intimidad, como un concepto complejo de variedad de interpretaciones que reflejan dimensiones significativas en el plano psicológico, emocional y físicas.

Sin embargo, el logro de intimidad en la práctica de enfermería está sujeto a dificultades, considerando que la enfermería existe dentro de un sistema de cuidado de salud médicamente orientado que enfoca como meta el diagnóstico, el tratamiento y la cura de los problemas físicos, de la manera más rápida y eficiente posible, sistema que no se relaciona con las metas de enfermería en cuanto a proporcionar cuidado holístico, individualizado, y centrado dentro de una relación enfermera paciente profunda y significativa .

Por otra parte, las enfermeras (os) parece que experimentan un dualismo entre las ciencias médicas y las ciencias humanas. Tal es el caso, reflejado en el estudio realizado en Canadá, titulado: *A lived experiencia of dualismo veteen the natural and human sáciense paradigmas in ursina*, donde se analizó la historia de una enfermera con relación a su experiencia como docente y estudiante, se identificó la categoría “*viviendo con las ambigüedades*”, donde se manifiesta que en la práctica se reconstruye la importancia del modelo biomédico y su relación mutua con el paradigma de la ciencia humanas, lo que indica que la práctica de enfermería es inherentemente ambigua porque el proceso de persona de la enfermera está continuamente cambiando y desplegando en las relaciones (21).

Ante este panorama, la enfermera (o) debe preguntarse ¿Qué pensamiento antropofilosófico me acompaña cuando la tecnología, se convierte en el fin la enfermera (o) y esta se muestra preocupada y centrada en los aparatos, en la aplicación de las técnicas y los cuidados y desplaza a la persona cuidada, quien es considerado un instrumento?

En caso contrario ¿Qué pensamiento antropofilosófico me acompaña cuando la tecnología es un medio y la persona cuidada es el fin (22) y, surge el reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo ser humano, identificando a cada persona como un ser único, reconozco sus diversas dimensiones y abandono las posturas reduccionistas que convierten al paciente en una patología, un tratamiento o un conjunto de signos y síntomas?

Desde los diferentes paradigmas, como estructura conceptual sobre la persona y enfermería de las diferentes filosofías, teorías y modelos de enfermería y desde el discurso laboral y académico, las enfermeras(os) han expresado las creencias y valores que la definen como ciencia humana. ¿Pero se expresa esta tendencia en el modelo de pensamiento antropológico o coexisten otras corrientes teóricas y filosóficas?

Tal vez debamos respondernos las enfermeras (o) porqué se observa en la práctica el uso de expresiones como: “el paciente de la colecistectomía”, “el paciente de la cama X”, “el viejito”, “el caso de SIDA” “el paciente que molesta a cada rato”. De hecho existen investigaciones con pacientes, las cuales han reflejado que las enfermeras manifiestan un trato indiferente, a veces hostil, e incluso maltratos verbales. Estas acciones traducen deshumanización del cuidado de enfermería, en contradicción con la tendencia humanística que refieren haber aceptado.

Para estudiar el fenómeno de la incongruencia entre el discurso humanístico y la práctica de enfermería, se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el modelo de pensamiento antropofilosófico de las enfermeras(os)?
¿Cómo está interrelacionado el modelo teórico humanístico de enfermería con el modelo de pensamiento antropofilosófico de las enfermeras(os)? ¿De qué manera el modelo de pensamiento antropofilosófico está interrelacionado con la práctica de enfermería? ¿De qué manera el pensamiento antropofilosófico de las enfermeras(os) se ha interrelacionado con la definición de enfermería? ¿Cómo se interrelaciona el pensamiento antropofilosófico de las enfermeras(os) con la definición de persona? ¿Cómo el modelo de pensamiento antropofilosófico actúa como atractor de la enfermería humanística?

Partiendo de estas interrogantes, me dispuse abordar el problema del modelo antropofilosófico de enfermería en la cotidianidad de la práctica hospitalaria, para ello asistí varios días a un Hospital Urbano Tipo IV. Este hospital debe dar servicio de salud a los pacientes que así lo soliciten, provenientes del Estado Carabobo, entidad ubicada en la región central de Venezuela., con una extensión geográfica de 4650 Km., una población estimada para el año 2005 de 2.191.483 habitantes, una tasa de natalidad de 25 ‰ (23) y con una morbimortalidad caracterizada por: accidentes de todo tipo, enfermedades vasculares, cardíacas y tumores.

Este Hospital dispone de 421 camas presupuestadas, 15 unidades de atención, de las áreas: medico quirúrgico, neonatología, pediatría, obstetricia, ginecología.

Tiene asignado un total de 285 enfermeras (os), en tres turnos, en su mayoría técnicos superiores y licenciados en enfermería.

En este contexto, realicé un conjunto de observaciones, pero he de resaltar que cuando decidí la actividad no pensaba que además de las incógnitas que me había planteado hasta el momento, quizás porque la contemplación es más que ver, es comprender, intuir, indagar y buscar la esencia mas allá de las formas, de tal manera que me pregunte ¿Qué hay más allá del quehacer cotidiano de la enfermera (o) de un Hospital Urbano?

Fue así como inicié mis recorridos, iba con la supervisora del área, llegaba y mientras ellas miraban el qué y el cuándo del el funcionamiento, el personal, las actividades cumplidas e incumplidas, los equipos y materiales, yo contemplaba lo que no podía ver, lo que no tenía respuesta obvia ni simple: ¿qué había en el pensamiento de cada enfermera (o) en la cotidianidad del cuidado? ¿Cómo los cuida? ¿Qué significaba el paciente como ser humano? Así escuché cuando una enfermera decía: “los pacientes son nuestro trabajo” y me pregunté ¿Qué sentido humano tiene *un humano* que es trabajo, qué puede darse: una relación sujeto - sujeto de trabajo o una relación sujeto-objeto de trabajo? ¿Son diferentes estas relaciones desde la antropología del trabajo humano?...Además ¿A qué trabajo nos referimos? ¿De qué manera está presente la marca cultural del desprecio al trabajo manual? ¿Es el trabajo una expresión de ayuda de un humano a otro humano?

En el día a día, puede observarse a la enfermera agobiada y apresurada en el pasillo o en la sala de los pacientes con un carro que hace las veces de equipo para la administración de tratamiento... la enfermera con un medicamento en mano, con una jeringa en mano, un frasco vial, ampolla, grageas o soluciones, o al lado del paciente administrando el tratamiento o en el estar, en la sala o en el carrito preparando tratamiento o “tachando la hoja de tratamiento”...

En otra escena, la enfermera al lado de la cama de la paciente (niña en edad preescolar), interroga a la madre ¿de dónde son estos medicamentos?...me lo dieron en la farmacia con el informe médico... ¡Desde ahora todo lo que tenga que ver con medicamentos lo hacen las enfermeras!... ¡esta bien disculpe...!

De ahí que, me pregunto ¿Está el cuidado de enfermería centrado en la terapéutica de la enfermedad? ¿La enfermedad está compuesta por un cuerpo físico? ¿Cuál es el rol, el significado y el simbolismo de este cuerpo físico? ¿De qué manera esta concepción del cuidado marca el significado antropofilosófico del paciente como ser humano? ¿O tal vez es el significado antropofilosófico del ser humano lo que le lleva a centrarse en el medicamento? ¿O quizás es una mera consecuencia de las políticas de los servicios de salud o cultura de las organizaciones de enfermería? ¿De qué manera es esta tendencia una marca cultural de asistente médico?

Mirando e indagando, más allá de lo evidente y procurando la esencia del fenómeno me surgen incertidumbres: ¿Cómo concibe la enfermera (o) al paciente

como un ser humano que busca la curación o la vida? ¿Cuál es la epistemología de la enfermedad para las enfermeras (o)? ¿Cómo relaciona la enfermera la enfermedad, la salud y la vida? ¿Es la curación la estrategia de vida que procura la enfermera ?... ¿La enfermera (o) en la cotidianidad está inmersa en un sentido antropofilosófico? ¿Dónde esta la marca del cristianismo?

Continúo observando, e interpreto que, en las unidades interactúan dos tendencias, la primera es dedicarse al cuidado de curación, en cuanto que administran medicamentos, así aunque las enfermeras (os) siempre están en actividad, siempre están alejados del paciente, y este aspecto es la tendencia segunda, la ausencia es notoria, salvo a excepciones, porque la regla es ¡el familiar con su paciente...! De hecho se escucha a una enfermera decir: “el 45 es nuestro, le tuvimos que hacer aseo, el familiar trajo la sábana y se fue”...

¿Si hay un paciente nuestro hay un paciente que es de los otros? ¿Qué significa un paciente nuestro y quienes son los otros? ¿El paciente como ser humano está encerrado en sí mismo, o en relación con mundos exteriores a él: con los otros seres humanos, con el mundo de la naturaleza, con los mundos invisibles? ¿En qué nivel de relación se reconoce la enfermera (o) cuando hace presencia y en qué nivel en la ausencia?

En este escenario, la excepción son los niños y los pacientes con cáncer, la relación enfermera paciente es diferente...cada paciente tiene nombre...están

presentes en las salas... “pobrecita, tan chiquita y tantas inyecciones”... “ayer tuve que convencer a José para que recibiera la quimioterapia”... “Aquí cada paciente tiene una historia, unos reciben apoyo de su familia otros son abandonados”... ¿Qué lleva a la enfermera (o) de estas áreas a ser distintas? ¿...Simple emoción propia del rol paterno /materno, o mecanismo de identificación o proyección de la vulnerabilidad de la naturaleza humana?... o simplemente ¿La relación numérica enfermera(o)/paciente es menor?

¿Niño y paciente con cáncer? ¿Qué tienen en común? ¿Tienen ambos significado antropológico o psicológico distinto? o ¿Es la situación de minusvalía la que inclina la voluntad de acción de la enfermera (o) ¿Qué significado tiene un paciente como ser humano que está en situación de minusvalía?... ¿Quién es el ser humano que logra despertar en la enfermera preocupación cuando sufre? ¿El sufrimiento humano preocupación u ocupación de las enfermeras (os)? ...¿Cómo contemplar la relación interhumana ante el sufrimiento?

En ese mismo escenario, la enfermera (o) expresa: “Los pacientes con cáncer viven hasta que así lo deciden”, esta afirmación más que una expresión es una convicción de las enfermeras que cuidan pacientes con cáncer ¿Reconoce con esta convicción la enfermera(o) que los seres humanos tenemos la capacidad de mantener la vida? ¿Moviliza la enfermera (o) esta capacidad humana para promover la vida? ¿Qué relación tiene el ser humano con su propia vida y la de otros? ¿Cuáles son las

fuerzas que habitan en los seres humanos que están en perpetuo movimiento para mantener la vida y que al cesar llega la muerte?

En la cotidianidad, planteada como complejidad, nada es predecible, me preguntaba si estos escenarios eran iguales o distintos en otras instituciones, y aunque no lo planifique llegue, en otro rol, a un hospital privado, la relación enfermera paciente es uno a cuatro. No fui a observar, esta vez viví la enfermería desde ser paciente, llegue a emergencia, la enfermera solo escribía, ¿Qué desea señora? Pregunta el médico sin mirarme ¿tiene seguro o va a cancelar con su dinero? ...Atiéndela tú, nada importó que dijere que había tenido un episodio de hemiparesia y agrafia...solo importó la extrasístoles supraventricular, era el electrocardiograma versus mi palabra, que importan mis palabras, ¡una alaracara! por un simple episodio de estrés... tu taquicardia no tiene importancia, total no te va a dar un infarto...

No hubo preguntas mas allá de los datos personales, nadie, ni enfermera ni médico indagaron mi soledad, a nadie pareció importante si había comido o bebido y aunque solicité al neurólogo me trajeron al cardiólogo, aunque tenía signos de deshidratación, en mi estado de confusión dije ¡no me pongas esa solución! Y no me la pusieron...24 horas después fui dada de alta, con taquicardia, mis evaluaciones estaban bien, simplemente trastorno de distensionalidad ventricular, resistencia de la carótida izquierda, extrasístoles ventriculares, taquicardia sinusal... todo bien, bueno un ACV isquémico del hemisferio izquierdo, pero la Resonancia no evidencia el

infarto quiere decir que es menor de 3mm, ¡quédate 48 horas más!...no te preocupes...es nada.

¿Qué condiciones debo tener para despertar el interés del personal de salud?
¿Debo estar al borde de la muerte para que me atiendan con interés? ¿Debo estar incapacitada físicamente para que se interesen en mí? ¿Cuál interés, el de ayudar, compadecerse, el saber y la novedad o el desafiar la muerte? ¿Quién es el ser humano que parece moverse ante el descubrimiento de lo novedoso y desecha lo rutinario? ¿Quién es el ser humano para desafiar la muerte? ¿Qué modelo de pensamiento antropofilosófico lleva a la enfermera (o) a establecer su interés por uno u otro paciente? ¿Es enfermería o la organización hospitalaria que la lleva y la trae a una actividad u otro? ¿Es el ser humano un autómatas ante las organizaciones o un ser de decisión y transformación?

A nadie parece importarle el significado que la enfermedad tiene para mí, como ser humano y menos si me importa o no estar en hospital, cada quien con su familia, cada una con su problema, con su carga que arrastra en su condición humana, si te bañas o no que importa si comes o no, si sufres o lloras, ríes o deliras, si tu ilusiones se apagan o tus penas te agobian, si tus pensamientos se aceleran y tu confusión aumenta, eso no es una evidencia objetiva, no importa para el diagnóstico, tampoco para el tratamiento, tampoco para la enfermera ¿Y qué soy sujeto u objeto?

El escenario es igual, en la clínica o en el hospital, como observadora o como paciente, las enfermeras solo hacen presencia para administrarme tratamiento, o tomar mis signos de vidas ¿por cierto cuales signos de que vida? La biológica, la del corazón que late con arritmia y la presión que busca llegar a mi hemisferio, la temperatura que mantiene la evidencia de vida... ¿La enfermedad responde a una vida estática o evolutiva, es decir mi vida está acabando o potencialmente se transforma? ¿De que vida hablamos? ¿Es mi soledad la misma del paciente que acostado en el hospital comparte su sala con 10 más? O es la soledad un encuentro vacío consigo mismo en un mundo donde solo hay ausencia aún en la presencia.

Pero ¿Quién soy yo como ser humano, una unidad monolítica, limitada al cuerpo físico, reflejada en evidencias objetivas de una enfermedad? ¿Si solo soy la evidencia objetiva, qué pasa con la multiplicidad de las tendencias psíquicas, sociales o espirituales que me habitan? ¿Me reduce como ser humano o simplemente trabaja? ¿Que modelo de pensamiento lleva a la enfermera a reducirme a tratamiento y signos?

¿Cómo está configurada la práctica y el discurso de enfermería? ¿En qué medida son congruentes discurso y práctica de enfermería? ¿Cómo están presentes las corrientes teóricas y filosóficas en el pensamiento antropofilosófico en la práctica y el discurso de enfermería? ¿Cuál es el modelo de pensamiento antropofilosófico en la práctica y el discurso de enfermería? Desde esta incertidumbre, que me agobia y

ocupa, que no se si existen, si las inventé, o las soñé, no se si soy paciente o enfermera, si observo o vivo, pero hoy en la realidad personal, en mi pensamiento laten incógnitas que guiarán la búsqueda de respuestas en esta investigación.

Propósito de la Investigación

Construir una teoría del modelo de pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de enfermería.

Justificación de la Investigación

Considerando que, la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (24), en su artículo 19, contempla que el Estado es garante del respeto de los derechos humanos, la relevancia y fundamentación legal de esta investigación, parte de aceptar que la calidad de la atención, es un enfoque centrado en los pacientes, cuyo objetivo es dar la atención a la salud de alta calidad, como un derecho humano básico, que en términos prácticos, compromete a enfermería con un cuidado de calidad, que se refiere a un servicio oportuno, personalizado, humanizado, integral, continuo y acorde a los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional (25).

En esta dirección, se entiende que, la calidad de los servicios es un proceso que involucra a toda la organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras y se refleja en la accesibilidad a los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes, quienes la evalúan. En estos elementos participan la dimensión interpersonal, la infraestructura y el desempeño, donde se aplicaría la ciencia y la tecnología (26). Es así como, en estos elementos de la calidad de los servicios la respuesta a ¿Quién es el ser humano para la enfermera (o)? será un elemento que interactúa constantemente en acción de cuidado.

Por lo que, los proyectos para la transformación de enfermería han de significar el desarrollo de competencias para una actitud proactiva, que garantice los derechos de los pacientes y de esta manera, realizar un aporte importante en la búsqueda de elementos que ayuden en la definición de indicadores y estándares de la calidad de los servicios de salud. Por tal razón, la investigación de la calidad de los cuidados de enfermería es un área prioritaria, tanto en términos de eficiencia como eficacia, aunque hasta la actualidad el predominio de indicadores es de productividad sobre la calidad (27), lo que hace de esta investigación un aporte novedoso para el sistema de salud.

Tal aporte se muestra además, pertinente, en cuanto que, en el mismo documento se señala que en Venezuela, como efecto de la reforma del sector de la salud se ha producido un cambio a nivel central, en los modelos y los programas de salud, pero hasta ahora no ha habido cambio en el nivel del servicio, lo que no permite dar respuesta a las demandas que exige la población, existiendo una desproporción entre la necesidad de ellos y los servicios ofertados; lo que genera un bajo impacto de los cuidados de la prestación de servicios de salud de calidad (27).

Es indudable, que todo cambio a nivel de servicio ha de partir de los profesionales que laboran en dicho nivel, cuyas características de desempeño parten de sí mismo, como ser humano, donde el pensamiento antropofilosófico, considerando que, actúa como representación de la realidad, referente ético y motivador de la voluntad de acción durante la acción de cuidado del paciente, por su

posible cualidad de atractor de auto-organización personal del comportamiento y cooperar con el orden del sistema.

De ahí que, las transformaciones del servicio de enfermería estarán consolidadas si son tocadas a nivel del comportamiento personal de cada enfermera (o) que conforma el sistema y de cada paciente que acude a éste, de hecho, para la acreditación de la calidad de los servicios de salud, la OMS (28), establece entre los cinco(5) criterios, el nivel global de sensibilidad del sistema de salud, que es una combinación de satisfacción del paciente y el bien que le aporta el sistema.

En igual orden, pero desde el punto de vista epistemológico, esta investigación asume que la enfermería es una ciencia en construcción, por lo que sus búsquedas han de encontrarse con respuestas que resulten de la cantidad, pero sin perder el norte de elevar el valor de la subjetividad, en cuanto al propio pensamiento de la enfermería, en relación al aspecto inherente a la dimensión humana y social de los sujetos que demandan y reciben los cuidados de enfermería y que tienen el derecho a la salud y a la vida (29).

Estas condiciones, además suponen la construcción de enfermería como saber, saber hacer y ser, y en esta tendencia la matriz epistémica de la complejidad cede a la construcción teórica dialógica con sujeto-sujeto, sujeto-objeto y sujeto-contexto, por lo que faculta a la enfermería como ciencia y arte humano del cuidar de la vida y la salud, con la perspectiva de un paradigma emergente, acorde al contexto histórico social y ético, no solo de las ciencias, sino de la humanidad misma, que exige en los profesionales actitudes humanizadoras que contribuyan a la calidad de los servicios de salud y la vida.

En este marco de ideas, este estudio pretende contribuir en la construcción teórica, dirigida a la comprensión del fenómeno descrito y propone un modelo teórico de referencia para práctica de enfermería, enmarcada en la filosofía antropológica, a fin de ofrecer orientación que fortalezca las

bases teóricas de práctica de enfermería, partiendo de un contexto local.

Finalmente, es oportuno señalar que el estudio, está adscrito a la línea de investigación del programa doctorado en enfermería, área de concentración salud y cuidado humano, referida a la práctica de enfermería, cuidado humano, salud y educación. También se circunscribe en el área de investigación Gerencia Pública, establecida como prioritaria por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (30), en la medida que esta investigación procura aportar elementos que contribuyan a la calidad de los servicios.

MATRIZ EPISTÉMICA

La matriz epistémica está representada por los principios y posturas filosóficas del investigador, en relación con la concepción de la ciencia y del conocimiento, y que por lo tanto dirige el abordaje del conocimiento, en cuanto a modo, asignación de significado y simbolizar la realidad.

La complejidad, como epistemia, nace de concebir, que aún en las sociedades animales, especialmente en los mamíferos, existe un orden complejo que supone un cierto desorden o como ingrediente indispensable a su propia complejidad, cambia la idea de sociedad, pero también la idea de mono y la idea de hombre y aparece con esos cambios la lógica, el secreto, el misterio de la complejidad y el sentido profundo del término auto-organización, puesto que una sociedad se autoproduce sin cesar porque constantemente se está autodestruyendo (31).

De esta manera, la complejidad, es un concepto que se autogenera; contiene un axioma de incompletud e incertidumbre, que reconoce la imposibilidad y alerta sobre las ilusiones de creer que, la complejidad conduce a la eliminación de la simplicidad o a la completad. Nada menos cierto, pues complexus quiere decir, lo que está tejido en conjunto; la trama, el tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados que presenta a la vez la paradoja de lo uno y lo múltiple. Tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares que constituyen

nuestro mundo fenoménico (32).

Y en el entendido de este concepto, el pensamiento complejo, dirige al investigador a buscar distinguir, reconocer lo singular y lo concreto, sin desunir ni religar. Para ello, dibuja un dialógico entre orden, desorden, organización, contexto e incertidumbre, sin dar como verdad esa particular organización de un conjunto determinado. De manera que, la complejidad como concepto es evidencia de numerosas incapacidades: la incapacidad de alcanzar certezas, de formular leyes, de concebir un orden absoluto, de evitar contradicciones, de comprender la realidad como unidimensional.

En atención a esas incapacidades, Morin señala que, la complejidad está regida por tres principios: el principio dialógico orden y desorden mantenidos a la vez en una unidad, el principio de recursividad, que rompe con la idea lineal de causa - efecto, de producto-productor, de estructura-superestructura, porque el todo constituye un ciclo autoconstitutivo, autoorganizador y autoproducido y el principio hologramático que promulga que el todo está en las partes que están en el todo (32).

En atención a lo descrito, la matriz epistémica (33), de la complejidad puede sintetizarse en los siguientes aspectos:

- .-La realidad que observamos depende de nuestro método de interrogación.
- .- Todas las cosas son causadas y causantes, ayudadas y ayudantes, mediatas e inmediatas y todas subsisten por un lazo natural e insensible que liga a las más alejadas y a las más diferentes.
- .- La materia tiende a la desorganización (entropía) y la vida tiende a la organización (neguentropía).
- .- La realidad es compleja: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple, tiene capacidad de autogenerarse y autoorganizarse, es heterogénea e interconectada, no tiene límites definidos.
- .- Ontológicamente, la complejidad implica aceptar la naturaleza múltiple y diversa de lo estudiado, la integración y desintegración de elementos diferentes y contradictorios en diferentes tipos de unidad, la

aceptación del cambio, lo imprevisto como forma de expresión, comprender formas irregulares de orden.

Partiendo de este marco referencial, esta investigación se enmarca en la matriz epistémico de la complejidad, aceptando que sus fundamentos filosóficos y epistemológicos tienen un carácter transdisciplinario en el tratamiento teórico y metodológico de diversos conceptos y principios de valor epistemológico tales como comunicación, información, organización, orden/desorden, caos, atractor, auto-organización, complementariedad, hologramático, incertidumbre, indeterminación, convergencia y antagonismo (34).

En ese sentido, la presente investigación se aborda desde la matriz epistémica compleja, asumiendo la realidad, local y general como un todo e incorporando de manera continua durante los momentos del estudio, los principios de dialógica, recursividad organizada y holograma. Así mismo en su construcción teórica aboga por un encuentro entre el humanismo y la ciencia.

Estos conceptos y principios, son parte de los aspectos teóricos y metodológicos de la investigación, en la medida que fluyeron de la realidad dialógica del fenómeno problema, con la intención, de construir la teoría al paso de la naturaleza múltiple y diversa de lo estudiado, considerando la integración y desintegración de elementos diferentes y contradictorios, entre teoría y empiria, entre empiria y empiria y entre teoría y teoría, como estrategia para comprender las formas irregulares de orden (35), rompiendo con el concepto de orden equivalente a secuencia regular, y dando paso al caos y a la autoorganización.

En el camino de búsqueda de respuestas, a las incertidumbres e interrogantes de esta investigación, ubicar el pensamiento enfermero como fenómeno complejo, significa entenderlo en un todo asociados, en conjuntos inseparables, verlo como tejido de eventos, acciones, interacciones, y retroacciones, presentado en orden y desorden, ambigüedad e incertidumbre (32). En síntesis, como

abordaje de la realidad, el pensamiento complejo muestra en este estudio la capacidad de concebir la realidad local en su dimensión personal y en el conjunto de la realidad.

Esta concepción de la realidad, es posible porque la complejidad encierra el trasfondo existencial y vivencial, el modo de vida y a la vez es, fuente que origina y rige el modo general de conocer, propio de un determinado período histórico-cultural, dentro de una geografía específica, que consiste en el modo propio y peculiar, que tiene un grupo humano, de asignar significados a las cosas y a los eventos, es decir, en su capacidad y forma de simbolizar la realidad.

Por consiguiente, es un sistema de condiciones del pensar, prelógico o preconceptual, generalmente inconsciente, que constituye "*la misma vida*" y el "*modo de ser*", que da origen a la cosmovisión (36), a una mentalidad e ideología específicas, a un paradigma, cambio de escenario o modo de mirar, interiorizar y expresar la realidad, a cierto grupo de teorías.

Es de esta manera como el pensamiento antropofilosófico, es parte de la cosmovisión compleja, porque es la concepción del ser humano, que tiene origen en la interacción con el mismo humano, expresión de una realidad social (37), donde se construyó tal pensamiento, que ahora es parte y totalidad de esa realidad. Desapareciendo barrera entre lo personal y grupal, entre lo local y general, puesto que la realidad es una sola.

Por otra parte, el pensamiento antropofilosófico, desde la mirada compleja, puede ser interpretado como atractor personal de desgaste del sistema de salud, de desorganización, impidiendo que la acción se corresponda con la voluntad humana de la interacción y acción en términos humanísticos, desconectando a la persona de los niveles de conciencia con potencial espiritual (38); escenario donde es ubicable la incongruencia entre el discurso antropofilosófico de la enfermera(o) y la práctica.

Por lo demás, toda concepción sobre ¿Quién es un ser humano? es una duda existencialista, corriente desde la cual se propone que la concepción del ser humano surge de un yo personal, y que la comprensión de las respuestas, corresponden a un yo íntimo, que no puede ser reducido a ninguna otra totalidad. En lo esencial, los interrogantes sobre la esencia del hombre y sobre el significado de su existencia, no nacen de una curiosidad científica, encaminada al aumento del saber, sino que se imponen por sí mismos, irrumpen en la existencia y se plantea por su propio peso (39).

Finalmente, ha de señalarse que el presente estudio, en correspondencia con el carácter de construcción social del pensamiento antropofilosófico, es apropiado el abordaje en el contexto metodológico de la investigación social. De manera que, se facilite la interpretación fenomenológica subjetividad, en la noción de la esfera personal de significación (40), valorando la integración objetiva/subjetiva, del pensamiento, proceso mental que se genera en una realidad material neurofisiológica y en una realidad subjetiva, de la mente.

INTRODUCCIÓN

Un Encuentro con la Incertidumbre en el Pensamiento Complejo de Enfermería

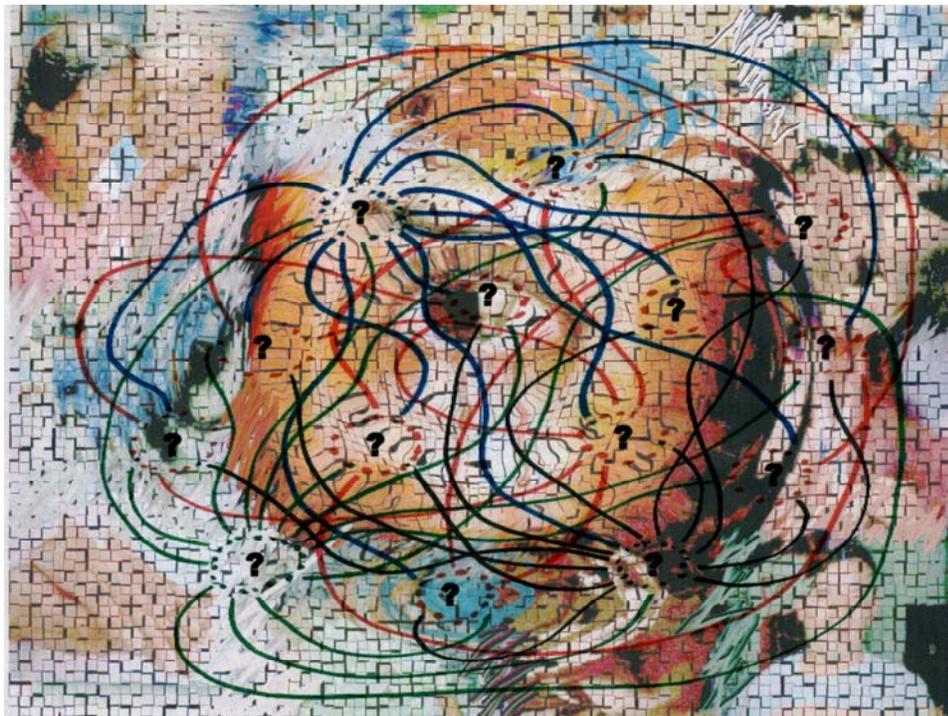


Gráfico N° 1: Red de Incertidumbres

Esta imagen presenta el significado que le asigno a la investigación, la cual está cargada de representaciones contempladas desde una red de incertidumbres, que me caracterizan durante esta etapa inicial de la investigación, abunda la confusión y la duda, estado que aumenta, en la misma medida que emerge una red de vivencias que no por lejanas e infrecuentes, invaden mis sentidos.

Quizás por ello, a diario siento que detrás de lo que veo, como llevado al fondo por la tecnología de la vida, en el discurso y la práctica de enfermería se esconde la naturaleza humana, realidad social en coexistencia con la realidad trascendente, manifiesta en el ritmo de la vida, la enfermedad y la muerte, donde oscilan en ondas los latidos del alma, aquello que esconden los seres humanos, que muestran su naturaleza en el laberinto de expresiones y eventos, que él no sabe si lo fortalece o debilita, pero que confluye en la experiencia interhumana.

Y así, aunque medía una jeringa, un comprimido o un jarabe, en el fondo, oculto pero emergente, inobservado pero observado, admitido pero negado, en algún lugar se encuentran la esperanza y la desesperanza, la confianza y la desconfianza, el amor y la indiferencia, la libertad y el dominio, el temor y el valor, la alegría y la tristeza, la felicidad y el sufrimiento...y el reto de vivir o morir, como si el hombre puede decidir en autodeterminarse o ser determinado por una fuerza oculta, que él cree ver en todas partes.

Partí a un encuentro con la realidad, para explorar el fenómeno de incongruencia entre el discurso humanístico y la práctica de enfermería, aunque a veces dudo, si es incongruente o soy yo quien ha creído que dijeron lo que nunca escuché, y que veo lo que dije que no veía. No hay escenarios ni respuestas obvias, ni simples, pues lo que percibo es una red de incertidumbre: ¿Qué había en el

pensamiento de cada enfermera(o) en la cotidianidad del cuidado? ¿Cómo los cuida?
¿Qué significaba el paciente como ser humano?

Y es que, el propósito del cuidado enfermero está sujeto a dificultades, considerando, que la enfermería existe dentro de un sistema de cuidado de salud médicamente orientado, enfocado en la meta el diagnóstico, el tratamiento y la cura de las enfermedades, de la manera más rápida y eficiente posible. Tal orientación, puede llevar al sistema a no relacionarse con las metas de enfermería, en cuanto a limitar el cuidado integral, con carácter multidimensional, personalizado y centrado en una relación enfermera/ paciente significativa.

Más aún, en el momento de encontrarse en un contexto hospitalario la enfermera (o) con el paciente, puede que, la concepción del ser humano sea referencia de la interacción humana, reflejo de construcción social, que puede comportarse en forma de atractor de organización de la acción de cuidar, o dirigirla hacia el desgaste ; lo que puede constituirse en un escenario de incongruencia entre el discurso humanístico de la enfermera(o) y la práctica, manifiesto en diversos eventos humanos interrelacionados.

Este supuesto, motiva la investigación, ubicando el pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de enfermería, en situación de fenómeno social complejo, porque implicaría entenderlo en un todo asociados en conjuntos inseparables, en cuanto a tejido de pensamientos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares, que constituyen el mundo fenomenológico, presentado en desorden, ambigüedad e incertidumbre.

De esta manera, el presente estudio, pretende estar en correspondencia con el pensamiento antropofilosófico, a manera de construcción en la realidad social y como base de la relación interpersonal, fenómeno que puede contemplarse desde la subjetividad y la objetividad, en la noción de la esfera personal y colectiva de significación, donde se integra lo objetivo y lo subjetivo como

realidad y proceso que establecen un universo simbólico de signos, elementos de representación de la realidad integrada por códigos de expresiones, significados e imágenes simbólicas.

En la práctica y el discurso se ha de reflejar la confluencia de las diferentes filosofías, teorías y modelos de enfermería, que se espera estén definidas en el campo de las ciencias humanas. ¿Pero se expresa esta tendencia en el pensamiento antropofilosófico o coexisten otras corrientes? Esta interrogante, me llevo a plantearme el propósito de la construcción de una teoría del pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de enfermería, temática que orienta el desarrollo de la investigación.

Ha de señalarse, que el estudio, es una investigación social, sustentada en la matriz epistémica compleja, con diseño de lógica de configuración. Está caracterizado por, la aplicación simultánea e interactiva de métodos, a decir: relato de vida, observación cualitativa, teoría fundamentada, el principio holográfico, el principio de holopraxis y la teoría semiótica.

Para el mismo, se seleccionaron, intencionalmente y con el criterio de saturación de contenido y teoría, 04 enfermeras, con diferentes años de graduadas que laboran en un hospital urbano tipo IV. La dinámica del estudio se desarrolló desde Mayo del 2006 a Julio de 2010, para un total de 4 años, organizado en 4 momentos: preconfiguración, configuración, recon-figuración y construcción teórica.

El informe del estudio se desarrolla en 5 Capítulos, el Capítulo I, referido al problema de investigación o momento de pre-configuración, presenta la incertidumbre antropofilosófica de enfermería, el propósito, la justificación del estudio y la matriz epistémica. Por su parte, el Capítulo II, reseña el marco referencial, que se detiene a describir, fundamentos de la antropología filosófica, referidos al personalismo, el existencialismo, el pensamiento enfermero, la naturaleza de los problemas

de enfermería e investigaciones que anteceden.

Seguidamente, el informe presenta el capítulo III, un abordaje de incertidumbre del pensamiento complejo de enfermería, a través del cual se explica los fundamentos metodológicos y los momentos de la investigación. En forma continua, se redacta el Capítulo IV, donde se exponen los resultados de la investigación, a través de la matriz empírica, la reconfiguración teórica/empírica y la construcción teórica. Finalmente, se despliega la propuesta de la teoría del modelo de pensamiento antropofilosófico de enfermería.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Momento de Pre-Configuración.

La enfermería, es una ciencia humanística que tiene como objetivo compensar o ayudar a las personas en las actividades de cuidado, las cuales están dirigidas a satisfacer las necesidades que le permiten mantener la salud y la vida, en situaciones que limitan la capacidad de autorrealización a causa de circunstancias inherentes al desarrollo humano, enfermedad o lesión.

Desde el punto de vista social, se acepta que los servicios de enfermería contribuyen a satisfacer las necesidades de salud de las personas y la comunidad, porque se ha demostrado que los profesionales de enfermería poseen experticia en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnósticos de problemas de salud, consejería, seguimiento de cuidados, disminución de días de hospitalización y satisfacción de los pacientes (1).

En atención a estas contribuciones al logro de la calidad de los servicios y programas de salud, son admitidos los cuidados de enfermería como servicios necesarios para responder a las demandas de salud y la calidad de vida de la población. Por tal razón, enfermería debe definir sus competencias profesionales, entendidas estas como: *“aquel conjunto de habilidades, actitudes, conocimientos y procesos complejos de la actuación profesional que están en nivel exigible en cada momento”* (2).

Todas estas competencias, están inmersas en la cotidianidad, pero las que impresionan como abstractas son los denominados “*procesos complejos*”, por lo que cabe interrogarse: ¿cuáles son las competencias inherentes a los procesos complejos?

Tal vez, nos vemos tentados a asumir la comunicación interpersonal como proceso complejo y estaríamos en lo cierto, porque de acuerdo a las concepciones teóricas sobre enfermería el desempeño de los cuidados de enfermería son un proceso de interacción personal, entre la enfermera(o) y el paciente y en tal sentido se plantea que “*el profesional de enfermería utiliza las técnicas de comunicación interpersonal para desarrollar una relación que la lleve a comprender al paciente íntegramente como individuo*” (3).

Pero, erraríamos al afirmar que la comunicación es el único proceso complejo, ya que la complejidad de enfermería ha de verse en la totalidad del acto de cuidar, es decir, al momento de intervenir en el cuidado del paciente, pues más allá de las técnicas de comunicación, es la comprensión humana, desde y con sus dimensión biológica, psicológica, social y espiritual, lo que hace definir la naturaleza humana del acto de enfermería.

De ahí, radica el carácter complejo, es decir del cuidar como acción humana, más aún cuando la enfermera(o) tiene la posibilidad de estar durante momentos tan vulnerables en la vida, como es la enfermedad y la muerte, lo que le asigna la responsabilidad personal y el compromiso trascendental de elegir una interacción

sujeto-sujeto, o una relación sujeto-objeto, donde la técnica y la actividad es el objetivo.

Este compromiso humano y trascendental de enfermería, fundamenta la connotación de cuidar como experiencia humana, interactivo, en cuanto a la expresión y manifestaciones de la debilidad y fortaleza de la existencia humana, lo que le asigna a la enfermera (o) una responsabilidad con la condición humana de sí misma y hacia otros y con el compromiso en la búsqueda de una relación transpersonal que demanda una conceptualización antropológica fundada en conocimiento existencial y trascendental (4).

Ahora bien, surge una interrogante inicial ¿Se expresa este compromiso trascendental en la práctica de enfermería? Otros profesionales de la salud y algunas enfermeras en actitud autocrítica, han expresado observaciones sobre la preferencia de los profesionales de enfermería por desempeñar y cursar estudios de postgrado en áreas administrativas.

Así mismo, se ha señalado que las enfermeras invierten la casi totalidad del tiempo en el “*escritorio*”, limitando su intervención a la administración de medicamentos, mientras delegan en las auxiliares de enfermería los cuidados que requieren permanencia y contacto con el paciente. Comportamiento que puede estar indicando incongruencia entre discurso y práctica de enfermería.

En atención a la problemática planteada y aceptando que las enfermeras(os) asumen la disciplina en el marco de la ciencia humana, lo primero que han de responderse es: ¿De donde parte el compromiso trascendental de enfermería con otros seres humanos?

Desde esta interrogante, el compromiso trascendental con las demás personas está asociado a lo que concibe sobre ¿Quién es el ser humano? Al respecto, Rogers afirma que la consideración positiva hacia los demás es incondicional, cuando se valora al otro solo por *ser persona*, como valor

intrínseco, lo que genera consideración positiva incondicional (5).

Esta valoración, señalada por Rogers (2000), no es más que el *pensamiento antropofilosófico*, constituido por la concepción que cada persona asigna a lo que es un ser humano, lo cual es un proceso que encierra aspectos inconsciente, de múltiples influencias, biológica, psicológica, espiritual y sociocultural, pero también tiene aspectos conscientes, de racionalidad, que se expresa al momento que libremente guía la elección de normas y valores que confieren sentido de ser y de vivir (6).

¿Quién es el ser humano para enfermera (o)? será entonces una interrogante tan trascendental como el compromiso de enfermería con la humanidad, porque una posible incongruencia entre el discurso y la práctica de enfermería, explicada como proceso personal y social, pueda interactuar en los sistemas de salud, alterando los atractores de auto-organización y constituirse en condición de caos o desorden del sistema.

De esta manera, el pensamiento antropológico se relaciona con enfermería, en el marco de las ciencias humanas, puesto que ofrece los conocimientos y referentes éticos, necesarios para el discernimiento de un comportamiento profesional basado en el respeto de la dignidad humana, la comprensión de la condición humana de la persona cuidada y en el compromiso de trascender en cada interacción de cuidado.

¿Cuál es la raíz de este compromiso trascendental que ha de estar reflejado en el modelo de pensamiento antropofilosófico de la enfermera(o)? El camino a la comprensión de este fenómeno, requiere ser visto desde su contexto histórico social, lo que plantea descubrir, desde la historia de enfermería, las corrientes teóricas y filosóficas que han dado representaciones significativas de la realidad, en el pensamiento enfermero, en cuanto a la concepción del hombre y la enfermería.

¿Cuáles son las representaciones de la realidad que pueden, históricamente, tener

significación en el pensamiento enfermero, en cuanto a la concepción del hombre y la enfermería? En la revisión de diferentes eventos históricos se destacan las siguientes tendencias: el origen de enfermería como oficio doméstico de carácter femenino, inicialmente con sentido de cooperación comunitaria y luego como servidumbre, la práctica de enfermería en condición de asistente médico, la transformación de enfermería como oficio religioso sujeto a la doctrina cristiana y la presencia del positivismo en el ámbito de la salud y la enfermedad.

Es evidente que, la enfermería tiene una raíz natural de cooperación comunitaria, ya que la orientación de los seres humanos es asegurar la continuidad de la vida propia y del grupo, por lo que procura los medios indispensable para las funciones vitales, tal es el caso del aire, agua, alimento y protección. Estos medios, crean la necesidad de acciones indispensables. Así el cuidado es un acto humano, que persigue la satisfacción de las necesidades que permiten la vida, dando lugar a prácticas cotidianas, que nacen del saber hacer (7).

No obstante, históricamente el “cuidador de la vida”, quedó asignada a una labor personal, y el cuidar en la enfermedad se le fue asignado a la ocupación de “enfermería”, de clara connotación de enfermo. Por lo tanto, es un camino indiscutible, si se pretende descubrir las raíces de enfermería, la relación con la medicina, que en caso de las comunidades primitivas, constituyó una tarea específica de dedicación exclusiva, realizado por un hombre con facultades mágico religiosas.

De acuerdo a lo planteado, por algunos historiadores, en la cultura primitiva la función de curar y cuidar al enfermo, aparece estrechamente relacionada al chaman, quien permanecía con él, hasta su curación o muerte. Y es en la edad antigua cuando los sacerdotes-médicos, definen la enfermería como asistente. Por lo que, surge una estrecha vinculación de la medicina con la enfermería, precisamente desde el momento que el médico, delega en un asistente las acciones terapéuticas, aquellas que requerían más de la actividad manual que del poder religioso, reservado al sacerdote.

Tenemos entonces que, la raíz de enfermería, como actividad delegada por el médico, parece tener origen en la cultura antigua, de hecho en la obra “La Odisea”, la esclava Euriclea es llamada buena enfermera. También, en el papiro de Ebers hace referencia a la administración de drogas, aplicación de ungüentos y gomas. Estas actividades delegadas, eran efectuadas por los sirvientes y esclavos de las familias, en el mismo rango de las otras actividades domésticas, tales como la alimentación y la limpieza. Igualmente, en los escritos de Hipócrates es citado el asistente o servidor, a quien se le da instrucciones para realizar el baño e indicaciones dietéticas (8).

Puede presumirse que, las actividades delegadas por el médico de la antigüedad, obedecen a que la cultura occidental elogia la razón, el saber teórico y desprecia el trabajo manual, tratándose de una sociedad esclavista, que había dejado atrás el sentido comunitario y cooperación de la sociedad, y de esta manera, los cuidados del enfermo dejan de ser un acto de cooperación o ayuda y pasa a tener connotación de actividad de sirvientes y esclavos, aunque en ambas situaciones es un oficio doméstico.

Mas adelante, cuando se implanta el cristianismo, doctrina que representa una de las corrientes del pensamiento más relevante de enfermería, se transforma la connotación de oficio doméstico a oficio religioso, permanece el papel de enfermería centrado en las órdenes médicas y se recibe el concepto de ser humano de la cultura judeocristiana, creación de Dios, con una posición especial en el universo, puesto que es creatura imagen y semejanza de Dios, y aún con libre albedrío, ha de basar su sentido de la vida en la obediencia y el amor a Dios.

El cristianismo, es una doctrina que se fundamenta en el amor, la fraternidad y el altruismo, implica pensar e interesarse en otros y en consecuencia atender a sus necesidades humanas, en vista que la caridad es amor en acción. Para el cristiano la prueba de fe está en servir, no en ser servido, actividad que lo lleva a salvar su alma. (9). De esta manera, la doctrina cristiana, invierte el pensamiento que acompañó al hombre occidental durante la edad antigua y medieval, en relación a que ya no es considerado un privilegio ser servidos, sino más bien ser servidor.

En ese sentido, la enfermería como tarea religiosa y como actividad institucionalizada, fuera de lo doméstico nace del cristianismo en manos de las diaconisas que acondicionaron estructuras hospitalarias para cuidar a los enfermos, acción diferenciada de otras. De hecho, con el tiempo diferentes agrupaciones religiosas continuaron desarrollando las hospederías, hospitales y leprosería, subyugado al pensamiento cristiano.

Sin embargo, cabe resaltar que la institucionalización del cuidado al enfermo permitió la organización de los servicios de enfermería, cuyas actividades consistían en administrar el hospital, los servicios religiosos y fúnebres, cocinar, lavar y el cuidado de los enfermos referido a bañarlos, suministrar los medicamentos y proporcionar la dieta (10).

En ese orden de ideas, un elemento fundamental de la doctrina cristiana, que guarda relación con el pensamiento antropofilosófico, es que se trata de una doctrina de experiencia existencial. Ese carácter se fundamenta en que Jesucristo evita la conceptología, en cambio utiliza la parábola y las comparaciones, extraídas de la vida cotidiana, y hace de estas sus métodos existenciales y el vehículo de su doctrina. Métodos, que tradicionalmente son continuados por los primeros cristianos, quienes raramente utilizan las deducciones y razonamientos, y más bien se fundamenta en la experiencia personal, en lo vivido, tanto el hecho, como la reflexión, en búsqueda del sentido (11).

Para el cristianismo, el amor es el centro de la religión, Dios es amor que se manifiesta en la vida del hombre, la relación con Dios es una relación de amor y el cumplimiento espiritual de la ley es un acto por amor. El cristiano tiene sentido de la dimensión de Dios en el otro, a quien denomina prójimo, pues *“quien dice que ama a Dios y no ama a su hermano es un embustero, porque quien no ama a su hermano a quien ve no puede amar a Dios a quien no ve”*. (1 Juan. 4, 20). Para el cristiano, es necesario descubrir en el prójimo un sujeto de amor, porque el amor a Dios se realiza en el amor al hermano, porque solamente amando la persona se realiza (12).

Desde la perspectiva de la influencia del cristianismo, parece darse una serie de asociaciones que explican el discurso humanístico y la situación de enfermería como disciplina profesional femenina, porque la filosofía cristiana influye en la concepción de la mujer, dado que como seglares y más aún como religiosas tienen en la figura de María un ideal de persona, símbolo de amor, humildad, sometimiento y subordinación. Lo que pasa a constituir la ratificación de una marca de género femenino en condiciones de discriminación social, que determina la relación de la enfermera en la sociedad y con el médico en términos de subordinación.

A las mujeres, se les pide ser amorosas y aunque la renuncia se exige a hombres y mujeres, son los hombres los próximos y reveladores de la divinidad. Son servidoras de los hombres encargados de contactarse con la divinidad. La obediencia asegura la renuncia y por la obediencia, característica básica de la feminidad, se anulan las particularidades. La mujer debe despojarse de sí misma y poner su existencia al servicio de los otros, debe anular su personalidad y sus deseos con normas disciplinarias de vida muy rígidas (13).

Este estereotipo acompañara a la enfermera durante la historia, porque aún la modernidad, la enfermería se mantuvo en manos de religiosas y en mujeres. Tal relación de género y religión, ha sido señalado rasgo de la disciplina, asociado al lento desarrollo de la enfermería como ciencia, dado que la doctrina cristiana rechazaba el método científico y la razón de la modernidad fue excluyente de las mujeres, por considerar que no poseen el principio básico de la Ilustración (13): la autonomía, derecho natural exclusivo del género masculino.

Estos hechos, mantienen a la enfermería atada a la medicina, como la ejecutora de las medidas terapéuticas ordenadas por el médico, dependiente del saber médico, fuente de su arte y técnicas. Esta dependencia, se observa aún en la obra de Florence Nightingale, puesto que su modelo de cuidado de enfermería es fundamentado en la Teoría del Miasma, según el cual las actividades de enfermería estaban dirigidas a acondicionar el entorno, con limpieza, luz y aire para que los miasmas se

dispersaran, pues las enfermedades surgían en los espacios sucios y cerrados (14), centrando de esta manera a la enfermería en el paradigma de la enfermedad.

Sin duda que, el desarrollo de la enfermería como ciencia del cuidado no estuvo en la visión de Nightingale, pues da énfasis a la destreza y a la vocación. Sus escuelas utilizaban un sistema de aprender aprendiendo, con énfasis en destreza, además se mantenían vinculadas a un hospital, con internado, bajo la instrucción de la enfermera jefe, las monjas y los médicos (15).

De esta manera, las enfermeras de las escuelas Nightingale, se encontraron con un hospital cuyo espacio estaba ocupado por el positivismo, que había asumido la enfermedad como hecho científico y había tecnificado los métodos de observación y cuantificación, y con la experimentación establecía causalidad y validez, transformado el hospital en una institución reparadora de la máquina humana y que le concedía al médico el monopolio de la curación (16).

La visión positivista de la medicina, desarrolla el conocimiento sobre las enfermedades y establece una cultura industrial, donde la enfermedad y la salud están implicadas en los procesos económicos y sociales, de tal manera que se conforma la industria de la salud y se plantea la relación médico paciente en una relación comercial, que se privilegia el consumo de fármaco y la relación hospitalaria, la salud como mercancía, el estado como inversionista y organizador del mercado (16).

Resulta claro que, una consecuencia de la cultura mercantilista de la enfermedad es que la enfermería se asume como subprofesión, y sus competencias son dirigidas hacia la preparación y mantenimiento de equipos y en la administración de medicamentos, respondiendo a los intereses del gremio médico de mantener dominio sobre el mercado, por razones capitalistas y de poder, como es evidente en el discurso médico, donde ellos son responsables de la salud y la enfermera(o) es responsable de lo que los médicos le asignan.

Por otra parte, desde el siglo XVII, las ciencias médicas han estado bajo la concepción

mecanicista, cuya consecuencia más inmediata para el pensamiento antropofilosófico, es que se analiza el cuerpo humano desde el punto de vista de sus partes, la mente es separada del cuerpo, la enfermedad se ve como una avería de mecanismos biológicos y la salud se define como la ausencia de enfermedad. La práctica médica se ha desplazado a los hospitales, la atención es despersonalizada, la tecnología importa más que la habilidad y el contacto con el paciente (17).

Este enfoque mecanicista, al tener influencia en la enfermería, se traduce preponderantemente en que los cuidados de enfermería y la concepción de persona se vinculen al pensamiento positivista. Sin embargo, la enfermería, recibió influencias de otras corrientes del pensamiento, como el existencialismo, la fenomenología y la hermenéutica, durante las décadas de los años 60 al 70 del siglo pasado, pero no en forma directa en el saber de enfermería, sino a través de las escuelas de psicología, humanística, principalmente de Rogers y Maslow.

De hecho, la tendencia cultural nacida del cristianismo y consolidada en la psicología humanística se mantiene en las tendencias actuales de enfermería enmarcadas en definir la profesión como un proceso interpersonal de ayuda a una persona, familia o comunidad con el objeto de promover la salud, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, y si es necesario ayudar a descubrir un sentido a estas experiencias de vida (18).

Por otra parte, entre las primeras tesis de las egresadas del programa de doctorado en enfermería, en Venezuela, se propone el modelo de enfermería como cuidado humano amoroso, entendido como relación intersubjetiva entre una enfermera(o) y la persona sana o enferma, donde se intercambia amor, se respeta la dignidad humana se ofrece seguridad, comunicación y se muestra interés por la satisfacción de las necesidades, cuidado que conduce o genera poder, como fuerza social de la enfermera(o) y motiva a la persona una actitud que incide en la recuperación si esta enfermo o mantiene su bienestar si esta sana (19).

Pero, diferentes investigaciones dirigidas a comprender la relación enfermera paciente, reflejan dudas sobre la integración entre discurso y práctica humanística. Por ejemplo en el estudio (20), titulado: *Las percepciones de enfermeras de la practica y las experiencias de intimidad dentro de la relación enfermera paciente*, se identificó la naturaleza de intimidad, como un concepto complejo de variedad de interpretaciones que reflejan dimensiones significativas en el plano psicológico, emocional y físicas.

Sin embargo, el logro de intimidad en la práctica de enfermería está sujeto a dificultades, considerando que la enfermería existe dentro de un sistema de cuidado de salud médicamente orientado que enfoca como meta el diagnóstico, el tratamiento y la cura de los problemas físicos, de la manera más rápida y eficiente posible, sistema que no se relaciona con las metas de enfermería en cuanto a proporcionar cuidado holístico, individualizado, y centrado dentro de una relación enfermera paciente profunda y significativa .

Por otra parte, las enfermeras (os) parece que experimentan un dualismo entre las ciencias médicas y las ciencias humanas. Tal es el caso, reflejado en el estudio realizado en Canadá, titulado: *A lived experiencia of dualismo veteen the natural and human sáciense paradigmas in ursina*, donde se analizó la historia de una enfermera con relación a su experiencia como docente y estudiante, se identificó la categoría “*viviendo con las ambigüedades*”, donde se manifiesta que en la práctica se reconstruye la importancia del modelo biomédico y su relación mutua con el paradigma de la ciencia humanas, lo que indica que la práctica de enfermería es inherentemente ambigua porque el proceso de persona de la enfermera está continuamente cambiando y desplegando en las relaciones (21).

Ante este panorama, la enfermera (o) debe preguntarse ¿Qué pensamiento antropofilosófico me acompaña cuando la tecnología, se convierte en el fin la enfermera (o) y esta se muestra preocupada y centrada en los aparatos, en la aplicación de las técnicas y los cuidados y desplaza a la persona cuidada, quien es considerado un instrumento?

En caso contrario ¿Qué pensamiento antropofilosófico me acompaña cuando la tecnología es un medio y la persona cuidada es el fin (22) y, surge el reconocimiento de la dignidad intrínseca de todo ser humano, identificando a cada persona como un ser único, reconozco sus diversas dimensiones y abandono las posturas reduccionistas que convierten al paciente en una patología, un tratamiento o un conjunto de signos y síntomas?

Desde los diferentes paradigmas, como estructura conceptual sobre la persona y enfermería de las diferentes filosofías, teorías y modelos de enfermería y desde el discurso laboral y académico, las enfermeras(os) han expresado las creencias y valores que la definen como ciencia humana. ¿Pero se expresa esta tendencia en el modelo de pensamiento antropológico o coexisten otras corrientes teóricas y filosóficas?

Tal vez debamos respondernos las enfermeras (o) porqué se observa en la práctica el uso de expresiones como: “el paciente de la colecistectomía”, “el paciente de la cama X”, “el viejito”, “el caso de SIDA” “el paciente que molesta a cada rato”. De hecho existen investigaciones con pacientes, las cuales han reflejado que las enfermeras manifiestan un trato indiferente, a veces hostil, e incluso maltratos verbales. Estas acciones traducen deshumanización del cuidado de enfermería, en contradicción con la tendencia humanística que refieren haber aceptado.

Para estudiar el fenómeno de la incongruencia entre el discurso humanístico y la práctica de enfermería, se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el modelo de pensamiento antropofilosófico de las enfermeras(os)?
¿Cómo está interrelacionado el modelo teórico humanístico de enfermería con el modelo de pensamiento antropofilosófico de las enfermeras(os)? ¿De qué manera el modelo de pensamiento antropofilosófico está interrelacionado con la práctica de enfermería? ¿De qué manera el pensamiento antropofilosófico de las enfermeras(os) se ha interrelacionado con la definición de enfermería? ¿Cómo se interrelaciona el pensamiento antropofilosófico de las enfermeras(os) con la definición de persona? ¿Cómo el modelo de pensamiento antropofilosófico actúa como atractor de la enfermería humanística?

Partiendo de estas interrogantes, me dispuse abordar el problema del modelo antropofilosófico de enfermería en la cotidianidad de la práctica hospitalaria, para ello asistí varios días a un Hospital Urbano Tipo IV. Este hospital debe dar servicio de salud a los pacientes que así lo soliciten, provenientes del Estado Carabobo, entidad ubicada en la región central de Venezuela., con una extensión geográfica de 4650 Km., una población estimada para el año 2005 de 2.191.483 habitantes, una tasa de natalidad de 25 ‰ (23) y con una morbimortalidad caracterizada por: accidentes de todo tipo, enfermedades vasculares, cardíacas y tumores.

Este Hospital dispone de 421 camas presupuestadas, 15 unidades de atención, de las áreas: medico quirúrgico, neonatología, pediatría, obstetricia, ginecología.

Tiene asignado un total de 285 enfermeras (os), en tres turnos, en su mayoría técnicos superiores y licenciados en enfermería.

En este contexto, realicé un conjunto de observaciones, pero he de resaltar que cuando decidí la actividad no pensaba que además de las incógnitas que me había planteado hasta el momento, quizás porque la contemplación es más que ver, es comprender, intuir, indagar y buscar la esencia mas allá de las formas, de tal manera que me pregunte ¿Qué hay más allá del quehacer cotidiano de la enfermera (o) de un Hospital Urbano?

Fue así como inicié mis recorridos, iba con la supervisora del área, llegaba y mientras ellas miraban el qué y el cuándo del el funcionamiento, el personal, las actividades cumplidas e incumplidas, los equipos y materiales, yo contemplaba lo que no podía ver, lo que no tenía respuesta obvia ni simple: ¿qué había en el pensamiento de cada enfermera (o) en la cotidianidad del cuidado? ¿Cómo los cuida? ¿Qué significaba el paciente como ser humano? Así escuché cuando una enfermera decía: “los pacientes son nuestro trabajo” y me pregunté ¿Qué sentido humano tiene *un humano* que es trabajo, qué puede darse: una relación sujeto - sujeto de trabajo o una relación sujeto-objeto de trabajo? ¿Son diferentes estas relaciones desde la antropología del trabajo humano?...Además ¿A qué trabajo nos referimos? ¿De qué manera está presente la marca cultural del desprecio al trabajo manual? ¿Es el trabajo una expresión de ayuda de un humano a otro humano?

En el día a día, puede observarse a la enfermera agobiada y apresurada en el pasillo o en la sala de los pacientes con un carro que hace las veces de equipo para la administración de tratamiento... la enfermera con un medicamento en mano, con una jeringa en mano, un frasco vial, ampolla, grageas o soluciones, o al lado del paciente administrando el tratamiento o en el estar, en la sala o en el carrito preparando tratamiento o “tachando la hoja de tratamiento”...

En otra escena, la enfermera al lado de la cama de la paciente (niña en edad preescolar), interroga a la madre ¿de dónde son estos medicamentos?...me lo dieron en la farmacia con el informe médico... ¡Desde ahora todo lo que tenga que ver con medicamentos lo hacen las enfermeras!... ¡esta bien disculpe...!

De ahí que, me pregunto ¿Está el cuidado de enfermería centrado en la terapéutica de la enfermedad? ¿La enfermedad está compuesta por un cuerpo físico? ¿Cuál es el rol, el significado y el simbolismo de este cuerpo físico? ¿De qué manera esta concepción del cuidado marca el significado antropofilosófico del paciente como ser humano? ¿O tal vez es el significado antropofilosófico del ser humano lo que le lleva a centrarse en el medicamento? ¿O quizás es una mera consecuencia de las políticas de los servicios de salud o cultura de las organizaciones de enfermería? ¿De qué manera es esta tendencia una marca cultural de asistente médico?

Mirando e indagando, más allá de lo evidente y procurando la esencia del fenómeno me surgen incertidumbres: ¿Cómo concibe la enfermera (o) al paciente

como un ser humano que busca la curación o la vida? ¿Cuál es la epistemología de la enfermedad para las enfermeras (o)? ¿Cómo relaciona la enfermera la enfermedad, la salud y la vida? ¿Es la curación la estrategia de vida que procura la enfermera?... ¿La enfermera (o) en la cotidianidad está inmersa en un sentido antropofilosófico? ¿Dónde esta la marca del cristianismo?

Continúo observando, e interpreto que, en las unidades interactúan dos tendencias, la primera es dedicarse al cuidado de curación, en cuanto que administran medicamentos, así aunque las enfermeras (os) siempre están en actividad, siempre están alejados del paciente, y este aspecto es la tendencia segunda, la ausencia es notoria, salvo a excepciones, porque la regla es ¡el familiar con su paciente...! De hecho se escucha a una enfermera decir: “el 45 es nuestro, le tuvimos que hacer aseo, el familiar trajo la sábana y se fue”...

¿Si hay un paciente nuestro hay un paciente que es de los otros? ¿Qué significa un paciente nuestro y quienes son los otros? ¿El paciente como ser humano está encerrado en sí mismo, o en relación con mundos exteriores a él: con los otros seres humanos, con el mundo de la naturaleza, con los mundos invisibles? ¿En qué nivel de relación se reconoce la enfermera (o) cuando hace presencia y en qué nivel en la ausencia?

En este escenario, la excepción son los niños y los pacientes con cáncer, la relación enfermera paciente es diferente...cada paciente tiene nombre...están

presentes en las salas... “pobrecita, tan chiquita y tantas inyecciones”... “ayer tuve que convencer a José para que recibiera la quimioterapia”... “Aquí cada paciente tiene una historia, unos reciben apoyo de su familia otros son abandonados”... ¿Qué lleva a la enfermera (o) de estas áreas a ser distintas? ¿...Simple emoción propia del rol paterno /materno, o mecanismo de identificación o proyección de la vulnerabilidad de la naturaleza humana?... o simplemente ¿La relación numérica enfermera(o)/paciente es menor?

¿Niño y paciente con cáncer? ¿Qué tienen en común? ¿Tienen ambos significado antropológico o psicológico distinto? o ¿Es la situación de minusvalía la que inclina la voluntad de acción de la enfermera (o) ¿Qué significado tiene un paciente como ser humano que está en situación de minusvalía?... ¿Quién es el ser humano que logra despertar en la enfermera preocupación cuando sufre? ¿El sufrimiento humano preocupación u ocupación de las enfermeras (os)? ...¿Cómo contemplar la relación interhumana ante el sufrimiento?

En ese mismo escenario, la enfermera (o) expresa: “Los pacientes con cáncer viven hasta que así lo deciden”, esta afirmación más que una expresión es una convicción de las enfermeras que cuidan pacientes con cáncer ¿Reconoce con esta convicción la enfermera(o) que los seres humanos tenemos la capacidad de mantener la vida? ¿Moviliza la enfermera (o) esta capacidad humana para promover la vida? ¿Qué relación tiene el ser humano con su propia vida y la de otros? ¿Cuáles son las

fuerzas que habitan en los seres humanos que están en perpetuo movimiento para mantener la vida y que al cesar llega la muerte?

En la cotidianidad, planteada como complejidad, nada es predecible, me preguntaba si estos escenarios eran iguales o distintos en otras instituciones, y aunque no lo planifique llegue, en otro rol, a un hospital privado, la relación enfermera paciente es uno a cuatro. No fui a observar, esta vez viví la enfermería desde ser paciente, llegue a emergencia, la enfermera solo escribía, ¿Qué desea señora? Pregunta el médico sin mirarme ¿tiene seguro o va a cancelar con su dinero? ...Atiéndela tú, nada importó que dijere que había tenido un episodio de hemiparesia y agrafia...solo importó la extrasístoles supraventricular, era el electrocardiograma versus mi palabra, que importan mis palabras, ¡una alaracara! por un simple episodio de estrés... tu taquicardia no tiene importancia, total no te va a dar un infarto...

No hubo preguntas mas allá de los datos personales, nadie, ni enfermera ni médico indagaron mi soledad, a nadie pareció importante si había comido o bebido y aunque solicité al neurólogo me trajeron al cardiólogo, aunque tenía signos de deshidratación, en mi estado de confusión dije ¡no me pongas esa solución! Y no me la pusieron...24 horas después fui dada de alta, con taquicardia, mis evaluaciones estaban bien, simplemente trastorno de distensionalidad ventricular, resistencia de la carótida izquierda, extrasístoles ventriculares, taquicardia sinusal... todo bien, bueno un ACV isquémico del hemisferio izquierdo, pero la Resonancia no evidencia el

infarto quiere decir que es menor de 3mm, ¡quédate 48 horas más!...no te preocupes...es nada.

¿Qué condiciones debo tener para despertar el interés del personal de salud?
¿Debo estar al borde de la muerte para que me atiendan con interés? ¿Debo estar incapacitada físicamente para que se interesen en mí? ¿Cuál interés, el de ayudar, compadecerse, el saber y la novedad o el desafiar la muerte? ¿Quién es el ser humano que parece moverse ante el descubrimiento de lo novedoso y desecha lo rutinario? ¿Quién es el ser humano para desafiar la muerte? ¿Qué modelo de pensamiento antropofilosófico lleva a la enfermera (o) a establecer su interés por uno u otro paciente? ¿Es enfermería o la organización hospitalaria que la lleva y la trae a una actividad u otro? ¿Es el ser humano un autómatas ante las organizaciones o un ser de decisión y transformación?

A nadie parece importarle el significado que la enfermedad tiene para mí, como ser humano y menos si me importa o no estar en hospital, cada quien con su familia, cada una con su problema, con su carga que arrastra en su condición humana, si te bañas o no que importa si comes o no, si sufres o lloras, ríes o deliras, si tu ilusiones se apagan o tus penas te agobian, si tus pensamientos se aceleran y tu confusión aumenta, eso no es una evidencia objetiva, no importa para el diagnóstico, tampoco para el tratamiento, tampoco para la enfermera ¿Y qué soy sujeto u objeto?

El escenario es igual, en la clínica o en el hospital, como observadora o como paciente, las enfermeras solo hacen presencia para administrarme tratamiento, o tomar mis signos de vida ¿por cierto cuales signos de que vida? La biológica, la del corazón que late con arritmia y la presión que busca llegar a mi hemisferio, la temperatura que mantiene la evidencia de vida... ¿La enfermedad responde a una vida estática o evolutiva, es decir mi vida está acabando o potencialmente se transforma? ¿De que vida hablamos? ¿Es mi soledad la misma del paciente que acostado en el hospital comparte su sala con 10 más? O es la soledad un encuentro vacío consigo mismo en un mundo donde solo hay ausencia aún en la presencia.

Pero ¿Quién soy yo como ser humano, una unidad monolítica, limitada al cuerpo físico, reflejada en evidencias objetivas de una enfermedad? ¿Si solo soy la evidencia objetiva, qué pasa con la multiplicidad de las tendencias psíquicas, sociales o espirituales que me habitan? ¿Me reduce como ser humano o simplemente trabaja? ¿Que modelo de pensamiento lleva a la enfermera a reducirme a tratamiento y signos?

¿Cómo está configurada la práctica y el discurso de enfermería? ¿En qué medida son congruentes discurso y práctica de enfermería? ¿Cómo están presentes las corrientes teóricas y filosóficas en el pensamiento antropofilosófico en la práctica y el discurso de enfermería? ¿Cuál es el modelo de pensamiento antropofilosófico en la práctica y el discurso de enfermería? Desde esta incertidumbre, que me agobia y

ocupa, que no se si existen, si las inventé, o las soñé, no se si soy paciente o enfermera, si observo o vivo, pero hoy en la realidad personal, en mi pensamiento laten incógnitas que guiarán la búsqueda de respuestas en esta investigación.

Propósito de la Investigación

Construir una teoría del modelo de pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de enfermería.

Justificación de la Investigación

Considerando que, la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (24), en su artículo 19, contempla que el Estado es garante del respeto de los derechos humanos, la relevancia y fundamentación legal de esta investigación, parte de aceptar que la calidad de la atención, es un enfoque centrado en los pacientes, cuyo objetivo es dar la atención a la salud de alta calidad, como un derecho humano básico, que en términos prácticos, compromete a enfermería con un cuidado de calidad, que se refiere a un servicio oportuno, personalizado, humanizado, integral, continuo y acorde a los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional (25).

En esta dirección, se entiende que, la calidad de los servicios es un proceso que involucra a toda la organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras y se refleja en la accesibilidad a los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes, quienes la evalúan. En estos elementos participan la dimensión interpersonal, la infraestructura y el desempeño, donde se aplicaría la ciencia y la tecnología (26). Es así como, en estos elementos de la calidad de los servicios la respuesta a ¿Quién es el ser humano para la enfermera (o)? será un elemento que interactúa constantemente en acción de cuidado.

Por lo que, los proyectos para la transformación de enfermería han de significar el desarrollo de competencias para una actitud proactiva, que garantice los derechos de los pacientes y de esta manera, realizar un aporte importante en la búsqueda de elementos que ayuden en la definición de indicadores y estándares de la calidad de los servicios de salud. Por tal razón, la investigación de la calidad de los cuidados de enfermería es un área prioritaria, tanto en términos de eficiencia como eficacia, aunque hasta la actualidad el predominio de indicadores es de productividad sobre la calidad (27), lo que hace de esta investigación un aporte novedoso para el sistema de salud.

Tal aporte se muestra además, pertinente, en cuanto que, en el mismo documento se señala que en Venezuela, como efecto de la reforma del sector de la salud se ha producido un cambio a nivel central, en los modelos y los programas de salud, pero hasta ahora no ha habido cambio en el nivel del servicio, lo que no permite dar respuesta a las demandas que exige la población, existiendo una desproporción entre la necesidad de ellos y los servicios ofertados; lo que genera un bajo impacto de los cuidados de la prestación de servicios de salud de calidad (27).

Es indudable, que todo cambio a nivel de servicio ha de partir de los profesionales que laboran en dicho nivel, cuyas características de desempeño parten de sí mismo, como ser humano, donde el pensamiento antropofilosófico, considerando que, actúa como representación de la realidad, referente ético y motivador de la voluntad de acción durante la acción de cuidado del paciente, por su

posible cualidad de atractor de auto-organización personal del comportamiento y cooperar con el orden del sistema.

De ahí que, las transformaciones del servicio de enfermería estarán consolidadas si son tocadas a nivel del comportamiento personal de cada enfermera (o) que conforma el sistema y de cada paciente que acude a éste, de hecho, para la acreditación de la calidad de los servicios de salud, la OMS (28), establece entre los cinco(5) criterios, el nivel global de sensibilidad del sistema de salud, que es una combinación de satisfacción del paciente y el bien que le aporta el sistema.

En igual orden, pero desde el punto de vista epistemológico, esta investigación asume que la enfermería es una ciencia en construcción, por lo que sus búsquedas han de encontrarse con respuestas que resulten de la cantidad, pero sin perder el norte de elevar el valor de la subjetividad, en cuanto al propio pensamiento de la enfermería, en relación al aspecto inherente a la dimensión humana y social de los sujetos que demandan y reciben los cuidados de enfermería y que tienen el derecho a la salud y a la vida (29).

Estas condiciones, además suponen la construcción de enfermería como saber, saber hacer y ser, y en esta tendencia la matriz epistémica de la complejidad cede a la construcción teórica dialógica con sujeto-sujeto, sujeto-objeto y sujeto-contexto, por lo que faculta a la enfermería como ciencia y arte humano del cuidar de la vida y la salud, con la perspectiva de un paradigma emergente, acorde al contexto histórico social y ético, no solo de las ciencias, sino de la humanidad misma, que exige en los profesionales actitudes humanizadoras que contribuyan a la calidad de los servicios de salud y la vida.

En este marco de ideas, este estudio pretende contribuir en la construcción teórica, dirigida a la comprensión del fenómeno descrito y propone un modelo teórico de referencia para práctica de enfermería, enmarcada en la filosofía antropológica, a fin de ofrecer orientación que fortalezca las

bases teóricas de práctica de enfermería, partiendo de un contexto local.

Finalmente, es oportuno señalar que el estudio, está adscrito a la línea de investigación del programa doctorado en enfermería, área de concentración salud y cuidado humano, referida a la práctica de enfermería, cuidado humano, salud y educación. También se circunscribe en el área de investigación Gerencia Pública, establecida como prioritaria por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (30), en la medida que esta investigación procura aportar elementos que contribuyan a la calidad de los servicios.

MATRIZ EPISTÉMICA

La matriz epistémica está representada por los principios y posturas filosóficas del investigador, en relación con la concepción de la ciencia y del conocimiento, y que por lo tanto dirige el abordaje del conocimiento, en cuanto a modo, asignación de significado y simbolizar la realidad.

La complejidad, como epistemia, nace de concebir, que aún en las sociedades animales, especialmente en los mamíferos, existe un orden complejo que supone un cierto desorden o como ingrediente indispensable a su propia complejidad, cambia la idea de sociedad, pero también la idea de mono y la idea de hombre y aparece con esos cambios la lógica, el secreto, el misterio de la complejidad y el sentido profundo del término auto-organización, puesto que una sociedad se autoproduce sin cesar porque constantemente se está autodestruyendo (31).

De esta manera, la complejidad, es un concepto que se autogenera; contiene un axioma de incompletud e incertidumbre, que reconoce la imposibilidad y alerta sobre las ilusiones de creer que, la complejidad conduce a la eliminación de la simplicidad o a la completad. Nada menos cierto, pues complexus quiere decir, lo que está tejido en conjunto; la trama, el tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados que presenta a la vez la paradoja de lo uno y lo múltiple. Tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones, azares que constituyen

nuestro mundo fenoménico (32).

Y en el entendido de este concepto, el pensamiento complejo, dirige al investigador a buscar distinguir, reconocer lo singular y lo concreto, sin desunir ni religar. Para ello, dibuja un dialógico entre orden, desorden, organización, contexto e incertidumbre, sin dar como verdad esa particular organización de un conjunto determinado. De manera que, la complejidad como concepto es evidencia de numerosas incapacidades: la incapacidad de alcanzar certezas, de formular leyes, de concebir un orden absoluto, de evitar contradicciones, de comprender la realidad como unidimensional.

En atención a esas incapacidades, Morin señala que, la complejidad está regida por tres principios: el principio dialógico orden y desorden mantenidos a la vez en una unidad, el principio de recursividad, que rompe con la idea lineal de causa - efecto, de producto-productor, de estructura-superestructura, porque el todo constituye un ciclo autoconstitutivo, autoorganizador y autoproducido y el principio hologramático que promulga que el todo está en las partes que están en el todo (32).

En atención a lo descrito, la matriz epistémica (33), de la complejidad puede sintetizarse en los siguientes aspectos:

- .-La realidad que observamos depende de nuestro método de interrogación.
- .- Todas las cosas son causadas y causantes, ayudadas y ayudantes, mediatas e inmediatas y todas subsisten por un lazo natural e insensible que liga a las más alejadas y a las más diferentes.
- .- La materia tiende a la desorganización (entropía) y la vida tiende a la organización (neguentropía).
- .- La realidad es compleja: presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple, tiene capacidad de autogenerarse y autoorganizarse, es heterogénea e interconectada, no tiene límites definidos.
- .- Ontológicamente, la complejidad implica aceptar la naturaleza múltiple y diversa de lo estudiado, la integración y desintegración de elementos diferentes y contradictorios en diferentes tipos de unidad, la

aceptación del cambio, lo imprevisto como forma de expresión, comprender formas irregulares de orden.

Partiendo de este marco referencial, esta investigación se enmarca en la matriz epistémico de la complejidad, aceptando que sus fundamentos filosóficos y epistemológicos tienen un carácter transdisciplinario en el tratamiento teórico y metodológico de diversos conceptos y principios de valor epistemológico tales como comunicación, información, organización, orden/desorden, caos, atractor, auto-organización, complementariedad, hologramático, incertidumbre, indeterminación, convergencia y antagonismo (34).

En ese sentido, la presente investigación se aborda desde la matriz epistémica compleja, asumiendo la realidad, local y general como un todo e incorporando de manera continua durante los momentos del estudio, los principios de dialógica, recursividad organizada y holograma. Así mismo en su construcción teórica aboga por un encuentro entre el humanismo y la ciencia.

Estos conceptos y principios, son parte de los aspectos teóricos y metodológicos de la investigación, en la medida que fluyeron de la realidad dialógica del fenómeno problema, con la intención, de construir la teoría al paso de la naturaleza múltiple y diversa de lo estudiado, considerando la integración y desintegración de elementos diferentes y contradictorios, entre teoría y empiria, entre empiria y empiria y entre teoría y teoría, como estrategia para comprender las formas irregulares de orden (35), rompiendo con el concepto de orden equivalente a secuencia regular, y dando paso al caos y a la autoorganización.

En el camino de búsqueda de respuestas, a las incertidumbres e interrogantes de esta investigación, ubicar el pensamiento enfermero como fenómeno complejo, significa entenderlo en un todo asociados, en conjuntos inseparables, verlo como tejido de eventos, acciones, interacciones, y retroacciones, presentado en orden y desorden, ambigüedad e incertidumbre (32). En síntesis, como

abordaje de la realidad, el pensamiento complejo muestra en este estudio la capacidad de concebir la realidad local en su dimensión personal y en el conjunto de la realidad.

Esta concepción de la realidad, es posible porque la complejidad encierra el trasfondo existencial y vivencial, el modo de vida y a la vez es, fuente que origina y rige el modo general de conocer, propio de un determinado período histórico-cultural, dentro de una geografía específica, que consiste en el modo propio y peculiar, que tiene un grupo humano, de asignar significados a las cosas y a los eventos, es decir, en su capacidad y forma de simbolizar la realidad.

Por consiguiente, es un sistema de condiciones del pensar, prelógico o preconceptual, generalmente inconsciente, que constituye "*la misma vida*" y el "*modo de ser*", que da origen a la cosmovisión (36), a una mentalidad e ideología específicas, a un paradigma, cambio de escenario o modo de mirar, interiorizar y expresar la realidad, a cierto grupo de teorías.

Es de esta manera como el pensamiento antropofilosófico, es parte de la cosmovisión compleja, porque es la concepción del ser humano, que tiene origen en la interacción con el mismo humano, expresión de una realidad social (37), donde se construyó tal pensamiento, que ahora es parte y totalidad de esa realidad. Desapareciendo barrera entre lo personal y grupal, entre lo local y general, puesto que la realidad es una sola.

Por otra parte, el pensamiento antropofilosófico, desde la mirada compleja, puede ser interpretado como atractor personal de desgaste del sistema de salud, de desorganización, impidiendo que la acción se corresponda con la voluntad humana de la interacción y acción en términos humanísticos, desconectando a la persona de los niveles de conciencia con potencial espiritual (38); escenario donde es ubicable la incongruencia entre el discurso antropofilosófico de la enfermera(o) y la práctica.

Por lo demás, toda concepción sobre ¿Quién es un ser humano? es una duda existencialista, corriente desde la cual se propone que la concepción del ser humano surge de un yo personal, y que la comprensión de las respuestas, corresponden a un yo íntimo, que no puede ser reducido a ninguna otra totalidad. En lo esencial, los interrogantes sobre la esencia del hombre y sobre el significado de su existencia, no nacen de una curiosidad científica, encaminada al aumento del saber, sino que se imponen por sí mismos, irrumpen en la existencia y se plantea por su propio peso (39).

Finalmente, ha de señalarse que el presente estudio, en correspondencia con el carácter de construcción social del pensamiento antropofilosófico, es apropiado el abordaje en el contexto metodológico de la investigación social. De manera que, se facilite la interpretación fenomenológica subjetividad, en la noción de la esfera personal de significación (40), valorando la integración objetiva/subjetiva, del pensamiento, proceso mental que se genera en una realidad material neurofisiológica y en una realidad subjetiva, de la mente.

CAPÍTULO III

ABORDAJE DEL PENSAMIENTO ANTROPOFILOSÓFICO DE ENFERMERÍA DESDE LA COMPLEJIDAD

El estudio que nos ocupa, es una investigación social, sustentada en la matriz epistémica compleja, con diseño de lógica de configuración. Estudia al sujeto humano, como ser complejo y singular (1). De ahí que, utiliza como criterios, abordar al sujeto de estudio, atendiendo su condición de ser en situación, fuente primaria viva y sintiente, a través la interacción con el sujeto y la observación, bajo perspectiva multidimensional (2). No está circunscrita a la temporalidad, puesto que, el pensamiento humano trasciende las barreras del tiempo, aunque su conciencia se mantenga continua en su historia.

Las condiciones de ser sintiente y en situación, son criterios que se extienden al investigador, dado que comparten la naturaleza humana y la profesión de enfermera, por estas características comunes, en los diferentes momentos del estudio, al investigador aporta sus vivencias y cuando se encontró en la incertidumbre de no comprender los escenarios, se constituyó en observador de los mismos, y de esta manera fue construyendo la teoría como sujeto inmerso en la realidad.

Es así, como durante el momento de preconfiguración aportó sus vivencias de paciente y narró observaciones acerca del escenario de la práctica de enfermería de la realidad de los sujetos de estudio. Con el mismo propósito, participó de experiencias de vida para inferir significado a las subcategorías: valores religiosos (Dios) y la existencia incorporada (espíritu). Y a través de estas experiencias, estuvo en posibilidad de inferir sentido, y lograr así, la síntesis del conocimiento.

Cabe también preponderar que, el proceso de investigación se sustentó en diversas herramientas metódicas, utilizadas como estrategias. Esta diversidad, facilitó la simultaneidad e interacción entre los métodos de recolección de información (observación cualitativa y relato de vida), método de análisis de información (la teoría fundamentada) y los principios de síntesis contextualizada (el principio holográfico, el principio de holopraxis y la teoría semiótica).

Seguidamente, se describe los fundamentos de los métodos, señalados y posteriormente se ofrece una detallada explicación de los momentos desarrollados durante el estudio.

FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

En este punto, se realiza una explicación de las estrategias metodológicas que interactuaron con los momentos del estudio a manera de atractores de autoorganización metodológica.

Atractores de Autoorganización Metodológica.

Ha de entenderse, desde el pensamiento complejo, atractores de autoorganización metodológica, a los métodos y principios que aproximaron los momentos de investigación hacia el orden, configurando una dinámica de construcción del conocimiento dirigida hacia el propósito del estudio.

En ese entendido, en el presente estudio se distinguen los siguientes atractores: Métodos de Recolección de Información; Método de Análisis de la Información: Teoría Fundamentada; y Principios para la Síntesis del Conocimiento.

Métodos de Recolección de Información.

Los métodos de recolección de información constituyen las técnicas y procedimientos desarrollados para aprehender la realidad. En este estudio, se aplicaron dos técnicas cualitativas, elegidas acorde al momento de estudio. De tal manera, para la preconfiguración de la realidad se utiliza la observación cualitativa, en modalidad no sistemática y para la configuración se recurrió al relato de vida. Ambas se describen a continuación.

La Observación Cualitativa.

La observación cualitativa, es el proceso de contemplar fenómenos de la vida, sin manipulación ni modificación, tal cual ella discurre por sí misma (3). La aplicación de esta técnica, requiere de la condición de información accesible a la percepción humana, es decir, fenómenos observables, que puedan estudiarse en su entorno natural o en uno simulado. Generalmente, estos aspectos observables están referidos a la actividad humana, la expresión oral o corporal y/o condiciones físicas del entorno. Además, se requiere que estos aspectos tengan la condición de poseer carácter permanente, repetitivo o frecuente (4).

Adicionalmente, cabe destacar, que desde el punto de vista técnico, la observación puede ser: sistemática o no sistemática, lo que está sujeto al momento del estudio. En este orden de idea, en la presente investigación se selecciona la observación no sistemática, en cuanto que, el propósito estuvo referido a la preconfiguración de la realidad del pensamiento antropofilosófico, en el contexto de la práctica hospitalaria, lo que ameritaba un nivel descriptivo exploratorio.

El plan de la observación no sistemática incluyó: selección del campo, tramite de autorización formal, observación indiscriminada y observación descriptiva cualitativa (5). Para el registro de relatos de los acontecimientos, puede o no diseñarse un guión abierto, semi-estructurado o estructurado. Tales guiones definen el tipo de registro de observación, entre los que tenemos: anecdóticos, registro de vivencias, listas de control y escala de apreciación y las notas de campo (6).

Dado que, el propósito de la observación cualitativa de este estudio, tenía carácter exploratorio, se seleccionó, el registro de vivencia, que permitió describir cualitativamente eventos registrados acerca de la práctica de enfermería, conjuntamente con las reflexiones del investigador.

El Relato de Vida.

Iniciaremos, resaltando que las ciencias sociales “*tratan el problema de biografía, de historia y de sus intersecciones con las estructuras sociales y esas tres cosas, biografía, historia y sociedad, son los puntos de coordenada del estudio propio del hombre*” (7). En consecuencia considerando que el presente estudio está enmarcado en la antropología filosófica, y al tratar sobre el pensamiento humano, converge con las ciencias sociales, se pudo recurrir a este método, entendido en el género de

enfoque biográfico.

Este método, permite construir teorías sobre la realidad desde el interior de los sujetos de estudio, es un lenguaje de la propia vida, que permite resaltar la perspectiva propia, a través de su propia voz, de su palabra, de sus vivencias, emociones y sentimientos, en reconocimiento a sujeto dialógico, fuente viva y primaria de su propia experiencia de vida.

Tales bondades del relato de vida, llevan a que sea selección, en el presente estudio, a manera de método para configuración de la realidad. El relato de vida, es una técnica de investigación, circunscrita al enfoque biográfico, pero con distinta orientación, al constituirse en instrumento heurístico, que facilita al sujeto de estudio descubrir sus experiencias, desde la propia vida, expresándola en narración escrita u oral. En general, es una relación dialógica, que busca conocer lo social a través de lo personal, porque da voz al *otro*, se le deja hablar espontánea y libremente y el sujeto investigador, hace de oyente, un espectador que interviene solamente para aclarar o motivar (8).

Agregaremos, a manera de dato relevante, que a través de los relatos de vida, el sujeto de estudio, reflexiona sobre sus vivencias y tiene la oportunidad de recrear su identidad sin desvincularse de su realidad social, contrariamente, puede asociarse e interrelacionarse sin barrera de espacio ni tiempo, por lo que compone una experiencia personal narrada en cualquier persona del plural o singular (8), al no tratarse de biografía, sino de relatos de vida.

Y en este mismo orden, ha de destacarse que esta técnica, aunque posteriormente el sujeto investigador lo aborda con interpretaciones, los relatos “*se consideran constituyentes de la experiencia humana y, por tanto, representan la dimensión ontológica de todo enfoque biográfico*” (9). Y precisamente, por corresponderse a lo interior de la persona, aunque este exteriorizada en relato y sea susceptible de interpretación, ésta no reconstruye su dimensión original y por lo tanto no puede reducirse en ninguna función del conocimiento.

También, es necesario aclarar que los relatos de vida, son permeables a la intervención de los sujetos investigadores, de hecho, pueden obtenerse distintos resultados con igual sujeto de estudio y diferentes sujetos investigadores, y aunque el relato sea el mismo, es posible interpretarse de diferentes maneras y desde diferentes contextos (10).

De igual forma, aunque son relatos personales, en consideración al principio de holograma, estos se asumen como parte del todo, así el pensamiento enfermero antropofilosófico, comprendido en experiencia personal, está inmerso en la experiencia de enfermería, por lo que es transferible a la disciplina.

Esta afirmación, toma aún más sentido, porque todo relato de vida es una experiencia de microrrelación social, revelándose a manera de síntesis compleja a experiencia social, y una vivencia social que pluraliza la universalidad del macrosistema social, haciendo posible conocer lo social desde una experiencia personal (10).

En el marco de este estudio, el relato de vida, fueron enfocados en relación con las vivencias en práctica de enfermería, de un reducido grupo de enfermeras que participaron voluntariamente en el mismo. Las mismas laboran en un hospital urbano tipo IV y fueron seleccionadas intencionalmente.

La suma de estos relatos de vida, fueron utilizados para los momentos de configuración y reconfiguración de la realidad, cumpliendo las funciones de interpretación, análisis, discusión y síntesis del conocimiento, siguiendo los procedimientos de la Teoría Fundamentada.

Cabe agregar, que siguiendo la técnica correspondiente, el proceso de construcción de los relatos de vida se realizó en tres fases (9):

- Exploratoria, donde se considera al sujeto de estudio una persona, con identidad, sentimientos y emociones. En esta fase se seleccionaron las enfermeras sujetos de estudio, se gestionó los aspectos éticos se aplicaron técnicas para generar empatía y motivar la participación voluntaria y la disposición a la narración de las experiencias en el campo de enfermería.
- Descripción, estuvo dirigida por el propósito de la incertidumbre de la considerándose el contexto de vida la práctica de la enfermería, fue abierta en cuanto a su contenido. Los relatos describieron conceptos, sentimientos, emociones, ideas, creencias, actitudes, expectativas, preferencias, valores, normas y eventos, de experiencia personal y de la práctica de enfermería.
- Interpretación, discusión y análisis, esta fase se cumplió de acuerdo a los momentos de configuración y reconfiguración de Strauss y Corbin (1), siguiendo los procedimientos en la teoría fundamentada, haciendo una parada temporal del estudio, en la fase de constructo teórico, donde el análisis se transforma en síntesis.

En conclusión, el relato de vida es un método que permitió abordar el pensamiento antropofilosófico en el discurso y la práctica de enfermería, siguiendo el diseño de la lógica de configuración, a manera de estrategia, y autoorganizando la dinámica del estudio hacia la construcción del conocimiento, configurando la realidad expresada en categorías, interpretada en el contexto de la práctica de enfermería hospitalaria y la antropofilosofía.

Método de Análisis de la Información: Teoría Fundamentada

La teoría fundamentada, es el método seleccionado por el sujeto investigador, por tratarse de un procedimiento que implica un proceso de retroalimentación simultánea, entre la teoría y la empiria.

Dicha simultaneidad, entre la revisión y reflexión teórica, entre la observación y la recolección de información, propicia la construcción del conocimiento en los diferentes momentos del estudio, en interacción con el contexto micro y el macro de la realidad social.

En otras palabras, la teoría fundamentada permite reconfigurar la realidad manifiesta en el discurso y la práctica local de enfermería, con teorías derivadas de la antropología filosófica, enfermería y otras ciencias humanas, bajo la epistemología compleja. Esta globalización, atiende a que, la teoría fundamentada es una metodología para el desarrollo de teorías, que emerge de la investigación real, a través de una continua interacción entre sujeto investigador/sujeto investigado y la valoración simultánea de la información recopilada y la teoría (1).

Además de ofrecer estas bondades metódicas, proporciona la posibilidad de generar constructos teóricos, a partir del discurso de las enfermeras sujeto de estudio, pretendiendo, por inducción, proponer redes conceptuales apropiadas para reelaborar, adaptar, modificar o reflexionar sobre los modelos de cuidado ya adoptados en el pensamiento enfermero.

Amerita sumar a lo descrito que, la teoría fundamentada, da a lugar a la construcción teórica, permitiendo que el conocimiento emergido de la reconfiguración de la realidad, sea el resultado de un esfuerzo de síntesis por lógica de abducción (11), en correspondencia con la concepción del pensamiento complejo, dado que la abducción implica lo no lineal de la realidad.

De esta manera, la abducción supone una función compleja que incluye lo imaginario, definido como todo aquello que no está en el espacio ortogonal en presencia visual, sino en el tiempo, bien sea en un pasado ya extinguido o en un futuro deseado (12), características que definen al pensamiento. En este sentido, la abducción es apropiada en el plano de la integración teoría/empiría, lógica aceptada para la aproximación a la realidad, condescendiente, además con los principios de la complejidad.

Cabe destacar, que la interpretación que proporciona la abducción, es un proceso de razonamiento que facilita la integración de categorías y sus propiedades, la asociación de conceptos, por medio de comparaciones constantes, la codificación abierta, axial y selectiva y el registro de reflexiones que surgen durante el procedimiento de la Teoría Fundamentada.

En resumen, el procedimiento que deriva de la teoría fundamentada pueden abreviarse de la manera siguiente: recolección de datos empíricos; procedimientos de

codificación o análisis de datos (codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva); y delimitación de la teoría.

Ahora bien, la codificación abierta, pasa por tres fases (13): *codificación de los datos*, en la que el investigador procura analizar los datos transcritos línea a línea, estableciendo códigos que resuman el sentido de lo que fue transcrito, usando las propias palabras de los entrevistados; *Categorización*, el investigador compara los códigos por semejanza y diferencias y a agruparlas en categorías; *construcción de conceptos*: el investigador va guiando la selección de categorías de acuerdo con la relevancia de los eventos en el contexto de estudio.

De este esquema, se desprende que una vez recolectada y transcrita la información, tras hacerse la identificación de las unidades narrativas significativas, el investigador procede a codificarlos y analizarlos, garantizando el análisis comparativo, hasta que la saturación teórica y de contenido tenga a lugar y pueda presentarse teoría.

Mientras que, la codificación axial es realizada a través de los procedimientos de reducción, o comparación de las categorías en el sentido de identificar correlaciones y eslabones entre ellas, se buscan descubrir categorías significativas; muestreo selectivo de información, búsqueda de información complementaria, para densificar la teoría, expandiendo, dimensionando y limitando las propiedades de las

principales categorías; y muestreo selectivo de literatura, que no es más que la actividad de revisar la literatura de los conceptos derivados de la categorización.

Se llega así, a la fase de codificación selectiva, procediendo a la modificación e integración de los conceptos, con el objetivo de comprender la categoría o tema central. Y finalmente, ocurre la delimitación de la teoría, que comienza a ocurrir en el momento de la reducción de las categorías y cuando éstas se vuelven teóricamente saturadas, es decir, cuando ningún dato nuevo o relevante emerge.

Ha de entenderse la codificación como un procedimiento a través del cual los datos recolectados son reordenados, relacionados y conceptualizados. Con el objetivos de construir la teoría, y dar al proceso científico el rigor metodológico necesario (1).

De este esquema, se desprende que una vez recolectada y transcrita la información, tras hacerse la identificación de las unidades narrativas significativas, el investigador procede a codificarlos y analizarlos, garantizando el análisis comparativo, hasta que la saturación teórica y de contenido tenga a lugar y pueda presentarse la teoría.

Ha de entenderse la Teoría Fundamentada, a modo de método sustentado en procedimientos a través del cual, la información recolectada es categorizada, de tal

manera que, posibilita la construcción de la teoría. Tal procedimiento, en este estudio se rigió por los criterios de parsinomia y alcance, tal como se describe a continuación (14):

- *Criterio de parsinomia*: este juicio indica que para la construcción de una teoría o explicación de un fenómeno, no debe hacer más suposiciones que las mínimas necesarias, de tal manera que, en el presente estudio, con el mínimo de conceptos implícitos y explícitos en los códigos seleccionados, se procuró la máxima capacidad de explicación y comprensión de los mismos, para posteriormente, hacer analogía con el referencial teórico para distinguir categorías centrales, a través de la codificación selectiva, hasta lograr reducir, agruparlas o aglutinar varias categorías en una.

- *Criterio de alcance*: la identificación de códigos conforme a las expresiones de los sujetos de estudio, constituyen el referente empírico, evitando la ampliación no apoyada por la información, de esta manera se construye la teoría del estudio, pretendiendo la transferencia del pensamiento antropofilosófico de enfermería a realidades generales con similitud de contexto (práctica de enfermería hospitalaria).

Con estos criterios, la investigación, fue una experiencia personal de interacción entre la realidad teórica y el pensamiento enfermero, reflejado en el lenguaje de los relatos de vida. Lo que finalmente produce la integración teoría y empiria, por medio de la Teoría Fundamentada.

Principios para la Síntesis Contextualizada del Conocimiento.

Por estar este estudio, enmarcado en la matriz epistémica compleja, el sujeto investigador tiene en consideración que la problemática de la construcción del conocimiento está asociada al riesgo del error y la ilusión, porque el conocimiento es el resultado de una traducción y reconstrucción mediante el lenguaje y el pensamiento.

Aun cuando la incertidumbre es el rasgo de la verdad en el pensamiento complejo, en el presente estudio se utilizan principios que permiten interpretar las categorías con el único propósito de aportar atractor de autoorganización metódica. Entre los principios se mencionan.: la teoría semiótica, el principio de holograma y principio de holopraxis.

Teoría Semiótica.

La teoría semiótica, plantea postulados metodológicos considerados pertinentes en esta investigación, en cuanto que asume el pensamiento como un reflejo categorizado de la realidad y del lenguaje o cualquier otro sistema semítico utilizado por el ser humano, constituyéndose de esta

manera, el lenguaje buena expresión del pensamiento (15). En esta expresión material, se reproduce las interrelaciones lógicas de los conceptos, posibilitando el recorrido lógico del pensamiento y de su significación.

En este sentido, para la semiótica en todo mensaje, se da la existencia del pensamiento, en un plano sensible e inteligible, que es el contenido. Desde esta perspectiva, se establece la semiótica de contenido, para dar cuenta de las interrelaciones lógicas de conceptos, que articulan el sentido. Tratándose de semiótica de contenido, en los relatos orales, las unidades que articulan el sentido, están constituidas por oraciones o enunciados, que no son más que, la expresión del pensamiento y el devenir de la acción humana (15).

Tenemos entonces que, la teoría semiótica de contenido, centra su atención en las oraciones o enunciados, considerando solamente el constructo empírico o teórico del mismo, desestimando las reglas gramáticas y estilísticas, pero deteniéndose en la interpretación semántica, por lo que se dirige hacia el análisis de la estructura del sentido. Así, se enfoca en el significado del relato, a través de un sistema de explicaciones contextuales, sin restricciones del léxico.

De modo que, el enfoque hacia la búsqueda de significado, está basada en explicaciones contextuales, llevando a los investigadores, necesariamente, a la aplicación de principios de la semiótica pragmática. Tales principios, significan no limitarse a descodificar enunciados u oraciones, en cuanto a su representación semántica; sino dirigirse a la interpretación contextual, proceso que emplea mecanismos inferenciales, con el propósito de reconocer los contenidos explícitos e implícitos en el enunciado.

De esta manera, la interpretación semántica contextual, se fundamenta en que, el efecto contextual viene dado por la relevancia del enunciado, característica que permite al sujeto investigador sumergirse en el estudio e integrarse al momento de la investigación, en función de la interpretación, mediante el ejercicio de dos tareas básicas: explicación del contenido explícito en la oración o enunciado e implicación del contenido, que se deduce y construye a partir de supuestos anteriores (16). Lo que en términos metodológicos consiente la integración teoría/empiría, planteada en la teoría fundamentada.

A esto, es necesario agregar que la interpretación semiótica, considerando los efectos contextuales, tiene lugar en un marco teórico donde se entienden la oración como acto comunicativo, en cuanto al contenido de información y el contexto, posibilitando la integración de un modelo de interpretación (17).

Es así como, en este estudio se toma el modelo de referencia de interpretación semiótica, que

permite, primeramente la interpretación en el contexto de la realidad, referida al medio, vale decir la práctica de enfermería hospitalaria. En segundo lugar, el contexto de la realidad dada por los constructos y supuestos teóricos de la antropología filosófica, la enfermería, filosofía, teología y de toda forma de conocimiento relacionado con el cuidado humano, pertinente para explicar o inferir contenido explícito o implícito en las categorías analizadas.

Principio de Holograma.

Una disyuntiva, encontrada en el estudio fue entender la realidad micro y macro social en el pensamiento enfermero. Resulto una incertidumbre preguntarse, en qué medida las enfermeras, sujetos de estudio representan un pensamiento que se corresponda con el micro o macro social de la práctica de enfermería. Tal vez, esta incógnita no logre respuesta desde la metodología. Pero, desde el punto de vista teórico, el principio de holograma (17), proporciona supuestos considerables, si presumimos carente de sentido la separación del contexto social.

Es un hecho, que la integración del micro y macro social es explicable, desde el principio de holograma. La realidad se aprecia trans-subjetiva, el micro y el macro social traspasa las fronteras personales que las contiene y brota desde la parte hacia el todo, de lo particular hacia lo general, puesto que no existe una distancia insalvable entre la realidad personal y su condición de sujeto social sino una relación de naturaleza compleja (17).

El principio de holograma, nace de la noción de complejidad, ya que las realidades complejas son tanto proceso como resultado, porque los mecanismos generativos subyacentes son iguales al producto manifiesto. Así, el holograma es una forma de organización en la que las partes que componen una determinada realidad contienen información acerca de la totalidad de la misma y, por ello, son en cierto modo capaces de constituir tal realidad como un todo.

El principio de holograma, supone que el micro refleja al macro; supone que el fragmento contiene la información de la totalidad. Y este principio, ha sido aplicado a los procesos mentales, porque los mecanismos psicofisiológicos funcionan en bloque de información. Y es precisamente la comunicación el proceso que activa este bloque, al convertirlo en categorías que le dan significado (18).

En términos de la comunicación verbal, una persona puede expresar solamente una parte de la realidad, ya que no posee la totalidad, pero el principio holográfico acepta que esa parte, ese discurso personal, contiene la totalidad del discurso social (18). Y más aun, explica que en el discurso, generado en el ser humano contiene la totalidad del ser, puesto que lo que está en la fenomenología de la conciencia, está en la materia neurofisiológica (19), y ambas son espejos de la totalidad de la

persona, y esta totalidad es a su vez espejo de la totalidad social.

Vale decir, el pensamiento antropofilosófico se refleja en el discurso y la práctica de enfermería, la realidad local de enfermería, ha de considerarse espejo o fractal la realidad general. Porque la organización social compleja, establece una peculiar relación entre las partes de un todo y esa misma totalidad, poseen modelos generativos de la totalidad en la que se incluyen, por medio de interacción entre las mismas.

En el mismo sentido, la visión del holograma, es un principio complejo que integra, teóricamente lo macro y lo micro de la realidad, considerando la interrelación y recursividad de conceptos y eventos. De ahí que, son simultáneamente cualitativos y cuantitativos, como unidad inseparable, porque el pensamiento emerge en su naturaleza como realidad material objetiva en el lenguaje y realidad de la conciencia subjetiva, a modo de proceso no sujeto al tiempo sino mas bien apreciable en el tiempo: pasado, presente y futuro, sin brechas de historia.

Principio de Holopraxis.

El principio de holopraxis, pertenece a la teoría holística, una teoría explicativa que orienta hacia la comprensión contextual de los procesos, de los protagonistas y de sus contextos. Desde esta teoría, el universo, el cosmos, la realidad, es un todo: lo que es, lo que fue, lo que está siendo, lo que es y lo que está en posibilidad de ser. Se refiere a la manera de ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad. Alude a la tendencia de entender los eventos, desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan; corresponde a una actitud integradora.

En el marco de la teoría holística, se entiende por holopraxis a una actitud del investigador, de integrar y establecerse propósitos de todas las dimensiones del ser humano, biopsicosocial y espiritual, y por eso integra en un estudio la ciencia, la filosofía, el arte y la espiritualidad. Este principio se asume a partir de la complejidad del ser humano, donde el pensamiento intuitivo del investigador es fundamentalmente sintético (14).

En atención a la holopraxis, que expone el principio de integralidad, las categorías, en el marco de la antropología filosófica, fueron interpretadas, discutidas y sometidas a síntesis, desde múltiples perspectivas teóricas, partiendo del contexto de la práctica de enfermería hospitalaria.

De esta manera, surge un marco referencial complejo, constituido en contexto teórico, tomado sin prejuicio, en cuanto se hace reseña desde el personalismo, el existencialismo, integrando concomitantemente a la discusión comparativa y explicativa, teorías de enfermería, de la neurofisiología, psicología social, humanística y transpersonal, e incluso teología cristiana.

A continuación, se muestra gráficamente la simultaneidad e interacción metodológica.

Gráfico Nº 2. Simultaneada e Interacción Metodológica



en función a la dialógica (1), el diseño de lógica de configuración, permitió que el sujeto investigador interactuara con diferentes métodos, de manera que respondiera a las incertidumbres planteadas. En este sentido, puede distinguirse, la aplicación de distintos métodos, acordes al momento de investigación: Observación Cualitativa (pre-configuración); Relato de vida (configuración), Teoría Fundamentalada (reconfiguración y construcción del constructo). Constituyéndose, la teoría semiótica una referencia metodológica que facilita la interpretación de la información.

MOMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Los momentos de la investigación se basó en la propuesta que implica que la interacción viene dada a lo largo de todo el ámbito del estudio (20), con el propósito de ir configurando la realidad social, que es tejida desde los mismos sujetos de estudio y del sujetos investigadores. Para los efectos de este estudio, se formularon cuatro momentos siguientes:

.-Primer Momento: pre-configuración. Este momento tuvo el propósito de explorar la realidad del pensamiento antropofilosófico de enfermería en el contexto

de la práctica hospitalaria. Para ello, se realizó la recolección de la información, en el referente empírico de la situación problemática, por medio de la técnica de observación cualitativa, que le permitió la vivencia de la realidad a la investigadora, durante una pasantía, que tuvo la duración de un total de 15 días, facilitó la pre-configuración de la realidad apprehendida en su condición de enfermera, ser humano cognoscente y sintiente.

Los registros de vivencias, se constituyen en referente empírico y describen una aproximación al contexto de la práctica de enfermería en un hospital urbano, permitiendo focalizar el problema de estudio, tal como está expuesto en el capítulo I.

Por demás, cabe destacar que el Hospital referido es una institución pública, tipo IV, de construcción de 4 niveles con 439 camas arquitectónicas y 300 funcionales. Está ubicada en cercanías a zonas boscosas, por el lado noroeste y por comunidades populares en sus límites suroeste. Es accesible por medio de transporte público y privado, dispone de servicios básicos, tales como telefonía, electricidad, aguas blancas y servidas por sistema de red pública. Es de diseño arquitectónico de la década de los 50, que implica salas comunes hasta para 20 pacientes con acceso a un amplio pasillo de apertura libre.

El hospital seleccionado, es el contexto de realidad social, donde las enfermeras sujetos de estudio prestan sus servicios profesionales. Es una organización de un complejo hospitalario donde se ofrece atención continua de enfermería a las personas hospitalizadas. La enfermera (o) es el único personal de salud que permanece vigilante del cuidado de persona cuidada, las veinticuatro horas del día, los 365 días de año, en virtud de lo cual su horario de trabajo es por turnos, por el principio de continuidad del cuidado de enfermería.

La escogencia de esta institución se debe a que en ella se dan diferentes eventos del cuidado en las áreas clínicas donde las enfermeras (os) realizan sus acciones que guardan relación con la génesis del cuidado de enfermería, concentra un buen número de profesionales de enfermería, lo cual facilitaba la participación en el estudio.

Desde el punto de vista organizativo, el hospital funciona bajo un modelo de gestión en el cual resaltan un sistema de relaciones diferentes al tradicional de los hospitales venezolanos. Los nuevos cargos de gerentes que manejan las áreas operativas son desempeñados por profesionales formados en carreras distintas de las ciencias de la salud. A estos gerentes les han asignado importantes responsabilidades lo cual influye de alguna manera en la calidad de un cuidado oportuno.

.- Segundo Momento: configuración, el sujeto investigador se sumergió en la realidad, tuvo una duración total de 1 año, con el propósito de aprehender información susceptible de interpretación, acerca del pensamiento antropológico en el discurso y la práctica de enfermería. Se utilizó el relato de vida, a manera de técnica para la recolección de información, centrada en narraciones orales de los sujetos de estudios, sobre las experiencias vividas, y seleccionada por su carácter de enfoque biográfico, que permite abordar la experiencia de enfermería como experiencia de vida.

Las enfermeras sujetos de estudios, fueron seleccionadas intencionalmente de una población constituida por 285 enfermeras, distribuidas en tres turnos laborales, de ambos géneros y en edades entre 22 y 63 años. Los sujetos de estudios fueron seleccionados intencionalmente, considerando la noción de muestra razonada (21), resguardando la homogeneidad en cuanto al nivel de formación, de cargo y género y procurando diversidad en relación con los años de experiencia en la práctica de enfermería y grupo etario de la persona cuidada.

En atención a los señalamientos, los criterios de selección fueron: ser enfermera del nivel académico de licenciatura, estar en el ejercicio de cargos que implican cuidado a la persona,

diversidad de unidades de cuidado en cuanto a grupo etario de la persona cuidada y diversidad de años de experiencia en el campo de enfermería hospitalaria.

Partiendo de estos criterios, las enfermeras sujetos de estudio, presentan las características personales siguientes:

- Deyanira, Licenciada en Enfermería, femenina de 47 años de edad, 19 años de servicio, estado civil casada, 2 hijos, adscrita al área médico-quirúrgica de adulto.
- Blond, Licencia en Enfermería, femenina de 30 años, 7 años de servicio, estado civil soltera, sin hijos, adscrita al área de pediatría.
- Isabel, Licenciada en Enfermería, femenina de 38 años de edad, 15 años de servicio, estado civil casada, escrita al área de médico quirúrgica.
- Nardo, Licenciada en Enfermería, femenina de 25 años de edad, 2 años de servicio, estado civil soltera, escrita al área de pediatría.

Estos criterios, además facilitaron que para el trabajo de campo, se aplicara la estrategia de relato de vida en paralelo, que consiste, en la acumulación de relatos procedentes de un mismo sector de población, lo que ofrece la posibilidad de realizar comparaciones de un relato con otro, aislando contenido narrativos significativos coincidentes, dándose por terminado cuando los nuevos relatos no son capaces de introducir ningún contenido narrativo nuevo, dándose por entendida la saturación de contenidos (22).

Partiendo del relato de vida en paralelo, el trabajo de campo, en este momento del estudio, tuvo una duración total de 4 meses. Se desarrolló en encuentros únicos, de contacto interpersonal, en ambientes domésticos, previamente acordados entre el investigador y el sujeto de estudio, se realizaron de manera progresiva, con un intervalo de 1 mes entre experiencias de encuentro, debido a que posterior a cada encuentro era necesario el análisis narrativo, para distinguir conceptos significativos, desde la antropología filosófica.

Se inicio, en primer lugar con Deyamila, quien tuvo una narración oral de 3hs con 35 min, seguidamente, se seleccionaron las unidades narrativas significativas, de acuerdo a la teoría

fundamentada. Posteriormente el encuentro fue con Blond, con una narración oral de 3 hs, 10 min. de duración, se fueron seleccionando las unidades narrativas, que coincidieron con las de Deyamila, sin aportes distintos.

Se prosiguió con Nardo, cuyo encuentro para la narración oral fue de 4 h 5 min, igualmente se seleccionaron las unidades narrativas significativas, observándose coincidencia con las narrativas anteriores, sin aportes distintos. Así mismo, se lleva a cabo el encuentro con Isabel, que tiene una duración de 3 hs 15 min, procediéndose a distinguir las unidades narrativas, sin aportes distintos.

Tomando en cuenta el criterio de saturación de contenido, establecido en la técnica de relato de vida en paralelo, se valoró la narración aportada por 04 enfermeras, saturada en cuanto a la repetición de ocurrencia de contenido, sugerida por Greimas (22) y en relación a redundancia, que sostiene la saturación en relación con suficientes contenido para construir el modelo de la investigación, operando la saturación desde el propósito del estudio, tal como lo señala Caviglia (23).

Cabe destacar, que en este momento del estudio se utilizaron a manera de atractores de autoorganización metodológica, criterios éticos y criterios de constructos.

Los criterios éticos se iniciaron con el estudio, ya que se valoró en términos de la Bioética. En primer lugar respeta el principio de beneficencia, dado que aporta conocimiento para reflexionar la práctica de enfermería, en segundo lugar respeta la no maleficencia, ya que no planteo experimentación ni manipulación alguna a los sujetos ni al contexto del estudio.

En cuanto al principio de autonomía, desde el contacto inicial con las enfermeras sujetos de estudios, les comunique que la información sería tratada de manera anónima, y que para la transcripción de información se utilizaría un seudónimo de su selección. Ofrecí garantías de confidencialidad. Y se procedió a suscribir un consentimiento informado.

Además de los principios señalados, para los criterios éticos se conservo la

práctica de valores, en particular el respeto, el buen trato de la persona, el consentimiento sensato, de la evaluación de las ventajas y los riesgos para los participantes, de la elección justa y prudente de los participantes y de la confidencialidad de los datos obtenidos, siguiendo las orientaciones de Dezin y Lincoln.

Debe agregarse, que en base a esos valores, se reflexionaron tres tipos de relaciones desarrolladas durante la investigación: la relación entre el sujeto investigador y la investigación, la relación entre el sujeto investigador y los sujetos de estudio en la investigación y la relación entre el sujeto investigador y información de la investigación.

La relación entre el sujeto investigador y la investigación: el investigador se hizo parte de la investigación como sujeto inmerso en la realidad, ser humano de inteligencia sintiente, reconoce su estilo de pensamiento complejo y el uso de la lógica de abducción que le permite la creatividad, sin embargo aplico el criterio de parsimonia y alcance para sostenerse fidedignamente de la información de los sujetos de estudio.

En lo que respecta a, la relación entre el sujeto investigador y lo sujeto de estudio, cabe destacar que a las enfermeras les fue respetado su tiempo y preferencia de lugar para el encuentro, es decir, ellas fijaban la fecha, la hora de la entrevista y elegían el sitio, de manera que les proporcionara privacidad. En todo el proceso se mostro responsabilidad y se asumió con sentido de compromiso, a pesar de haberles informado que tenían libertad de retirarse en el momento que lo desearan, todas se

mantuvieron hasta que acordamos el termino del relato.

Por último, para la relación entre el investigador y la información de la investigación se tomo en consideración la fidelidad en la transcripción, realizada por el propio investigador, los documentos se archivaron electrónicamente con mecanismo de restricción. Y el abordaje de selección, análisis e interpretación fue dirigido por el contexto teórico y la realidad hospitalaria.

En cuanto a los criterios de constructos, se tomaron la propuesta de Guba y Lincoln, referidos a credibilidad, auditabilidad y tranferibilidad.

En lo que se refiere al criterio de auditabilidad, los relatos de vida, con autorización de los sujetos de estudio, fueron objeto de grabación magnetofónica.

Mientras que, la credibilidad se certificó por medio de la transcripción de la grabación en forma textual, por lo que fue realizada por la propia investigadora tal como fue narrada por los sujetos de estudio y se reprodujo a doble tenor para entregar una al sujeto de estudio y otra para el sujeto investigador. A cada sujeto de estudio se le hizo entrega de la copia para que leyera y expresara si en realidad lo transcrito fue lo ella o él quiso decir, en ningún caso hubo desacuerdo.

Por otra parte, se destaca que para dar carácter de transferibilidad, se describe en el Capítulo I, un detallado escenario de la práctica de enfermería del hospital, que constituye el contexto de estudio. Así mismo, en la Grafica Matricial de información, se expone detalladamente la triangulación de la información, de manera que los futuros investigadores pueden detectar la narrativa de los sujetos de estudio.

.- Tercer momento: reconfiguración, este momento tuvo el propósito de exponer los hallazgos sobre el modelo de pensamiento antropofilosófico de las enfermeras redimensionados según la Teoría Fundamentada. Desde esta perspectiva, se dimensionó el modelo de pensamiento antropofilosófico atendiendo la propuesta de Strauss y Corbin (1).

Es así, que este momento, consistió en el procesamiento de la información y se desarrolló considerando los pasos de la Teoría Fundamentada, según los planteamientos de Strauss y Corbin (1), en cuanto a: codificación abierta, o análisis descriptivo del contenido narrativo típicos de las enfermeras sujetos de estudio, extraído desde el lenguaje y reelaborado, para facilitar la comunicación, al lenguaje del sujeto investigadores, en función a la representación interpretativa.

Seguidamente, se realizó la codificación axial, diseñándose un esquema de agrupación de códigos siguiendo sus propiedades conceptuales, conformando un nivel de categoría, o subcategoría, conformando el sentido teórico de análisis y relación entre los temas. Luego se procedió a la codificación selectiva, o integración de conceptos en categorías, para establecer un marco teórico, que se corresponda con el fenómeno de estudio, es decir el modelo de pensamiento antropofilosofico.

Finalmente, en este momento del estudio, la información codificada es triangulada y diseñada en un gráfico matricial, ver Anexo Nro 1, con lo que culmina la reconfiguración de la realidad.

.- Cuarto momento: constructo teórico. En este momento el estudio se focaliza en el propósito de construir una teoría del modelo de pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de enfermería, en el nivel descriptivo, explicativo y de síntesis.

Para el alcance de este propósito, se toma a manera de punto de partida, el grafico matricial de información, que expone la triangulación de la información, continuando con el procedimiento de construcción teórica planteada por la Teoría Fundamentada. De tal forma que, se prosigue con la búsqueda de repuestas a las interrogantes planteadas en el problema o momento de preconfiguración.

Valorando las categorías y subcategorías, procurando el sentido y siguiendo el pensamiento complejo, se procede al constructo teórico. Inicialmente, se construye un nivel descriptivo, señalando un bosquejo que presenta la agrupación de categorías y subcategorias, sustentada en teorías de la antropología filosófica.

Ahora bien, cada una de las categorías y subcategorías, es sometida a la dialógica compleja, explicando, complementando, sustentando o contrariando el discurso expuesto a manera de teoría descriptiva, y por abducción se construye una teoría explicativa. Entendida la abducción, en lógica de la razón que permite explicar el conocimiento, relacionando la razón con la persona misma, poniendo

de manifiesto que no es posible apartar de la construcción teórica de los sentimientos y la imaginación (12).

La abducción, en el uso de la razón lógica, permite por inferencia conciliar en la imaginación la acción con el pensamiento, la teoría y la empiria, accediendo a la integración de los saberes humanísticos, porque se trata de capturar la realidad e interpretarla dentro de un proceso creativo (12).

Y es ese carácter creativo de la abducción, lo que permite la síntesis conceptual que generan la teoría, de naturaleza transitoria e inconclusa, del modelo de pensamiento antropofilosofico en el discurso y la práctica de enfermería, partiendo de la información de la realidad local y legitimada en la coherencia explicativa y en la Teoría Fundamentada.

CAPÍTULO III

ABORDAJE DEL PENSAMIENTO ANTROPOFILOSÓFICO DE ENFERMERÍA DESDE LA COMPLEJIDAD

El estudio que nos ocupa, es una investigación social, sustentada en la matriz epistémica compleja, con diseño de lógica de configuración. Estudia al sujeto humano, como ser complejo y singular (1). De ahí que, utiliza como criterios, abordar al sujeto de estudio, atendiendo su condición de ser en situación, fuente primaria viva y sintiente, a través la interacción con el sujeto y la observación, bajo perspectiva multidimensional (2). No está circunscrita a la temporalidad, puesto que, el pensamiento humano trasciende las barreras del tiempo, aunque su conciencia se mantenga continua en su historia.

Las condiciones de ser sintiente y en situación, son criterios que se extienden al investigador, dado que comparten la naturaleza humana y la profesión de enfermera, por esta características comunes, en los diferentes momentos del estudio, al investigador aporta sus vivencias y cuando se encontró en la incertidumbre de no comprender los escenarios, se constituyo en observador de los mismos, y de esta manera fue construyendo la teoría como sujeto inmerso en la realidad.

Es así, como durante el momento de preconfiguación aportó sus vivencias de paciente y narró observaciones acerca del escenario de la práctica de enfermería de la realidad de los sujetos de estudio. Con el mismo propósito, participó de experiencias de vida para inferir significado a las subcategorías: valores religiosos (Dios) y la existencia incorporada (espíritu). Y a través de estas experiencias, estuvo en posibilidad de inferir sentido, y lograr así, la síntesis del conocimiento.

Cabe también preponderar que, el proceso de investigación se sustentó en diversas herramientas metódicas, utilizadas como estrategias. Esta diversidad, facilitó la simultaneidad e interacción entre los métodos de recolección de información (observación cualitativa y relato de vida), método de análisis de información (la teoría fundamentada) y los principios de síntesis contextualizada (el principio holográfico, el principio de holopraxis y la teoría semiótica).

Seguidamente, se describe los fundamentos de los métodos, señalados y posteriormente se ofrece una detallada explicación de los momentos desarrollados durante el estudio.

FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

En este punto, se realiza una explicación de las estrategias metodológicas que interactuaron con los momentos del estudio a manera de atractores de autoorganización metodológica.

Atractores de Autoorganización Metodológica.

Ha de entenderse, desde el pensamiento complejo, atractores de autoorganización metodológica, a los métodos y principios que aproximaron los momentos de investigación hacia el orden, configurando una dinámica de construcción del conocimiento dirigida hacia el propósito del estudio.

En ese entendido, en el presente estudio se distinguen los siguientes atractores: Métodos de Recolección de Información; Método de Análisis de la Información: Teoría Fundamentada; y Principios para la Síntesis del Conocimiento.

Métodos de Recolección de Información.

Los métodos de recolección de información constituyen las técnicas y procedimientos desarrollados para aprehender la realidad. En este estudio, se aplicaron dos técnicas cualitativas, elegidas acorde al momento de estudio. De tal manera, para la preconfiguración de la realidad se utiliza la observación cualitativa, en modalidad no sistemática y para la configuración se recurrió al relato de vida. Ambas se describen a continuación.

La Observación Cualitativa.

La observación cualitativa, es el proceso de contemplar fenómenos de la vida, sin manipulación ni modificación, tal cual ella discurre por sí misma (3). La aplicación de esta técnica, requiere de la condición de información accesible a la percepción humana, es decir, fenómenos observables, que puedan estudiarse en su entorno natural o en uno simulado. Generalmente, estos aspectos observables están referidos a la actividad humana, la expresión oral o corporal y/o condiciones físicas del entorno. Además, se requiere que estos aspectos tengan la condición de poseer carácter permanente, repetitivo o frecuente (4).

Adicionalmente, cabe destacar, que desde el punto de vista técnico, la observación puede ser: sistemática o no sistemática, lo que está sujeto al momento del estudio. En este orden de idea, en la presente investigación se selecciona la observación no sistemática, en cuanto que, el propósito estuvo referido a la preconfiguración de la realidad del pensamiento antropofilosófico, en el contexto de la práctica hospitalaria, lo que ameritaba un nivel descriptivo exploratorio.

El plan de la observación no sistemática incluyó: selección del campo, tramite de autorización formal, observación indiscriminada y observación descriptiva cualitativa (5). Para el registro de relatos de los acontecimientos, puede o no diseñarse un guión abierto, semi-estructurado o estructurado. Tales guiones definen el tipo de registro de observación, entre los que tenemos: anecdóticos, registro de vivencias, listas de control y escala de apreciación y las notas de campo (6).

Dado que, el propósito de la observación cualitativa de este estudio, tenía carácter exploratorio, se seleccionó, el registro de vivencia, que permitió describir cualitativamente eventos registrados acerca de la práctica de enfermería, conjuntamente con las reflexiones del investigador.

El Relato de Vida.

Iniciaremos, resaltando que las ciencias sociales “*tratan el problema de biografía, de historia y de sus intersecciones con las estructuras sociales y esas tres cosas, biografía, historia y sociedad, son los puntos de coordenada del estudio propio del hombre*” (7). En consecuencia considerando que el presente estudio está enmarcado en la antropología filosófica, y al tratar sobre el pensamiento humano, converge con las ciencias sociales, se pudo recurrir a este método, entendido en el género de

enfoque biográfico.

Este método, permite construir teorías sobre la realidad desde el interior de los sujetos de estudio, es un lenguaje de la propia vida, que permite resaltar la perspectiva propia, a través de su propia voz, de su palabra, de sus vivencias, emociones y sentimientos, en reconocimiento a sujeto dialógico, fuente viva y primaria de su propia experiencia de vida.

Tales bondades del relato de vida, llevan a que sea selección, en el presente estudio, a manera de método para configuración de la realidad. El relato de vida, es una técnica de investigación, circunscrita al enfoque biográfico, pero con distinta orientación, al constituirse en instrumento heurístico, que facilita al sujeto de estudio descubrir sus experiencias, desde la propia vida, expresándola en narración escrita u oral. En general, es una relación dialógica, que busca conocer lo social a través de lo personal, porque da voz al *otro*, se le deja hablar espontánea y libremente y el sujeto investigador, hace de oyente, un espectador que interviene solamente para aclarar o motivar (8).

Agregaremos, a manera de dato relevante, que a través de los relatos de vida, el sujeto de estudio, reflexiona sobre sus vivencias y tiene la oportunidad de recrear su identidad sin desvincularse de su realidad social, contrariamente, puede asociarse e interrelacionarse sin barrera de espacio ni tiempo, por lo que compone una experiencia personal narrada en cualquier persona del plural o singular (8), al no tratarse de biografía, sino de relatos de vida.

Y en este mismo orden, ha de destacarse que esta técnica, aunque posteriormente el sujeto investigador lo aborda con interpretaciones, los relatos “*se consideran constituyentes de la experiencia humana y, por tanto, representan la dimensión ontológica de todo enfoque biográfico*” (9). Y precisamente, por corresponderse a lo interior de la persona, aunque este exteriorizada en relato y sea susceptible de interpretación, ésta no reconstruye su dimensión original y por lo tanto no puede reducirse en ninguna función del conocimiento.

También, es necesario aclarar que los relatos de vida, son permeables a la intervención de los sujetos investigadores, de hecho, pueden obtenerse distintos resultados con igual sujeto de estudio y diferentes sujetos investigadores, y aunque el relato sea el mismo, es posible interpretarse de diferentes maneras y desde diferentes contextos (10).

De igual forma, aunque son relatos personales, en consideración al principio de holograma, estos se asumen como parte del todo, así el pensamiento enfermero antropofilosófico, comprendido en experiencia personal, está inmerso en la experiencia de enfermería, por lo que es transferible a la disciplina.

Esta afirmación, toma aún más sentido, porque todo relato de vida es una experiencia de microrrelación social, revelándose a manera de síntesis compleja a experiencia social, y una vivencia social que pluraliza la universalidad del macrosistema social, haciendo posible conocer lo social desde una experiencia personal (10).

En el marco de este estudio, el relato de vida, fueron enfocados en relación con las vivencias en práctica de enfermería, de un reducido grupo de enfermeras que participaron voluntariamente en el mismo. Las mismas laboran en un hospital urbano tipo IV y fueron seleccionadas intencionalmente.

La suma de estos relatos de vida, fueron utilizados para los momentos de configuración y reconfiguración de la realidad, cumpliendo las funciones de interpretación, análisis, discusión y síntesis del conocimiento, siguiendo los procedimientos de la Teoría Fundamentada.

Cabe agregar, que siguiendo la técnica correspondiente, el proceso de construcción de los relatos de vida se realizó en tres fases (9):

- Exploratoria, donde se considera al sujeto de estudio una persona, con identidad, sentimientos y emociones. En esta fase se seleccionaron las enfermeras sujetos de estudio, se gestionó los aspectos éticos se aplicaron técnicas para generar empatía y motivar la participación voluntaria y la disposición a la narración de las experiencias en el campo de enfermería.
- Descripción, estuvo dirigida por el propósito de la incertidumbre de la considerándose el contexto de vida la práctica de la enfermería, fue abierta en cuanto a su contenido. Los relatos describieron conceptos, sentimientos, emociones, ideas, creencias, actitudes, expectativas, preferencias, valores, normas y eventos, de experiencia personal y de la práctica de enfermería.
- Interpretación, discusión y análisis, esta fase se cumplió de acuerdo a los momentos de configuración y reconfiguración de Strauss y Corbin (1), siguiendo los procedimientos en la teoría fundamentada, haciendo una parada temporal del estudio, en la fase de constructo teórico, donde el análisis se transforma en síntesis.

En conclusión, el relato de vida es un método que permitió abordar el pensamiento antropofilosófico en el discurso y la práctica de enfermería, siguiendo el diseño de la lógica de configuración, a manera de estrategia, y autoorganizando la dinámica del estudio hacia la construcción del conocimiento, configurando la realidad expresada en categorías, interpretada en el contexto de la práctica de enfermería hospitalaria y la antropofilosofía.

Método de Análisis de la Información: Teoría Fundamentada

La teoría fundamentada, es el método seleccionado por el sujeto investigador, por tratarse de un procedimiento que implica un proceso de retroalimentación simultánea, entre la teoría y la empiria.

Dicha simultaneidad, entre la revisión y reflexión teórica, entre la observación y la recolección de información, propicia la construcción del conocimiento en los diferentes momentos del estudio, en interacción con el contexto micro y el macro de la realidad social.

En otras palabras, la teoría fundamentada permite reconfigurar la realidad manifiesta en el discurso y la práctica local de enfermería, con teorías derivadas de la antropología filosófica, enfermería y otras ciencias humanas, bajo la epistemología compleja. Esta globalización, atiende a que, la teoría fundamentada es una metodología para el desarrollo de teorías, que emerge de la investigación real, a través de una continua interacción entre sujeto investigador/sujeto investigado y la valoración simultánea de la información recopilada y la teoría (1).

Además de ofrecer estas bondades metódicas, proporciona la posibilidad de generar constructos teóricos, a partir del discurso de las enfermeras sujeto de estudio, pretendiendo, por inducción, proponer redes conceptuales apropiadas para reelaborar, adaptar, modificar o reflexionar sobre los modelos de cuidado ya adoptados en el pensamiento enfermero.

Amerita sumar a lo descrito que, la teoría fundamentada, da a lugar a la construcción teórica, permitiendo que el conocimiento emergido de la reconfiguración de la realidad, sea el resultado de un esfuerzo de síntesis por lógica de abducción (11), en correspondencia con la concepción del pensamiento complejo, dado que la abducción implica lo no lineal de la realidad.

De esta manera, la abducción supone una función compleja que incluye lo imaginario, definido como todo aquello que no está en el espacio ortogonal en presencia visual, sino en el tiempo, bien sea en un pasado ya extinguido o en un futuro deseado (12), características que definen al pensamiento. En este sentido, la abducción es apropiada en el plano de la integración teoría/empiría, lógica aceptada para la aproximación a la realidad, condescendiente, además con los principios de la complejidad.

Cabe destacar, que la interpretación que proporciona la abducción, es un proceso de razonamiento que facilita la integración de categorías y sus propiedades, la asociación de conceptos, por medio de comparaciones constantes, la codificación abierta, axial y selectiva y el registro de reflexiones que surgen durante el procedimiento de la Teoría Fundamentada.

En resumen, el procedimiento que deriva de la teoría fundamentada pueden abreviarse de la manera siguiente: recolección de datos empíricos; procedimientos de

codificación o análisis de datos (codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva); y delimitación de la teoría.

Ahora bien, la codificación abierta, pasa por tres fases (13): *codificación de los datos*, en la que el investigador procura analizar los datos transcritos línea a línea, estableciendo códigos que resuman el sentido de lo que fue transcrito, usando las propias palabras de los entrevistados; *Categorización*, el investigador compara los códigos por semejanza y diferencias y a agruparlas en categorías; *construcción de conceptos*: el investigador va guiando la selección de categorías de acuerdo con la relevancia de los eventos en el contexto de estudio.

De este esquema, se desprende que una vez recolectada y transcrita la información, tras hacerse la identificación de las unidades narrativas significativas, el investigador procede a codificarlos y analizarlos, garantizando el análisis comparativo, hasta que la saturación teórica y de contenido tenga a lugar y pueda presentarse teoría.

Mientras que, la codificación axial es realizada a través de los procedimientos de reducción, o comparación de las categorías en el sentido de identificar correlaciones y eslabones entre ellas, se buscan descubrir categorías significativas; muestreo selectivo de información, búsqueda de información complementaria, para densificar la teoría, expandiendo, dimensionando y limitando las propiedades de las

principales categorías; y muestreo selectivo de literatura, que no es más que la actividad de revisar la literatura de los conceptos derivados de la categorización.

Se llega así, a la fase de codificación selectiva, procediendo a la modificación e integración de los conceptos, con el objetivo de comprender la categoría o tema central. Y finalmente, ocurre la delimitación de la teoría, que comienza a ocurrir en el momento de la reducción de las categorías y cuando éstas se vuelven teóricamente saturadas, es decir, cuando ningún dato nuevo o relevante emerge.

Ha de entenderse la codificación como un procedimiento a través del cual los datos recolectados son reordenados, relacionados y conceptualizados. Con el objetivos de construir la teoría, y dar al proceso científico el rigor metodológico necesario (1).

De este esquema, se desprende que una vez recolectada y transcrita la información, tras hacerse la identificación de las unidades narrativas significativas, el investigador procede a codificarlos y analizarlos, garantizando el análisis comparativo, hasta que la saturación teórica y de contenido tenga a lugar y pueda presentarse la teoría.

Ha de entenderse la Teoría Fundamentada, a modo de método sustentado en procedimientos a través del cual, la información recolectada es categorizada, de tal

manera que, posibilita la construcción de la teoría. Tal procedimiento, en este estudio se rigió por los criterios de parsinomia y alcance, tal como se describe a continuación (14):

- *Criterio de parsinomia*: este juicio indica que para la construcción de una teoría o explicación de un fenómeno, no debe hacer más suposiciones que las mínimas necesarias, de tal manera que, en el presente estudio, con el mínimo de conceptos implícitos y explícitos en los códigos seleccionados, se procuró la máxima capacidad de explicación y comprensión de los mismos, para posteriormente, hacer analogía con el referencial teórico para distinguir categorías centrales, a través de la codificación selectiva, hasta lograr reducir, agruparlas o aglutinar varias categorías en una.

- *Criterio de alcance*: la identificación de códigos conforme a las expresiones de los sujetos de estudio, constituyen el referente empírico, evitando la ampliación no apoyada por la información, de esta manera se construye la teoría del estudio, pretendiendo la transferencia del pensamiento antropofilosófico de enfermería a realidades generales con similitud de contexto (práctica de enfermería hospitalaria).

Con estos criterios, la investigación, fue una experiencia personal de interacción entre la realidad teórica y el pensamiento enfermero, reflejado en el lenguaje de los relatos de vida. Lo que finalmente produce la integración teoría y empiria, por medio de la Teoría Fundamentada.

Principios para la Síntesis Contextualizada del Conocimiento.

Por estar este estudio, enmarcado en la matriz epistémica compleja, el sujeto investigador tiene en consideración que la problemática de la construcción del conocimiento está asociada al riesgo del error y la ilusión, porque el conocimiento es el resultado de una traducción y reconstrucción mediante el lenguaje y el pensamiento.

Aun cuando la incertidumbre es el rasgo de la verdad en el pensamiento complejo, en el presente estudio se utilizan principios que permiten interpretar las categorías con el único propósito de aportar atractor de autoorganización metódica. Entre los principios se mencionan.: la teoría semiótica, el principio de holograma y principio de holopraxis.

Teoría Semiótica.

La teoría semiótica, plantea postulados metodológicos considerados pertinentes en esta investigación, en cuanto que asume el pensamiento como un reflejo categorizado de la realidad y del lenguaje o cualquier otro sistema semiótico utilizado por el ser humano, constituyéndose de esta

manera, el lenguaje buena expresión del pensamiento (15). En esta expresión material, se reproduce las interrelaciones lógicas de los conceptos, posibilitando el recorrido lógico del pensamiento y de su significación.

En este sentido, para la semiótica en todo mensaje, se da la existencia del pensamiento, en un plano sensible e inteligible, que es el contenido. Desde esta perspectiva, se establece la semiótica de contenido, para dar cuenta de las interrelaciones lógicas de conceptos, que articulan el sentido. Tratándose de semiótica de contenido, en los relatos orales, las unidades que articulan el sentido, están constituidas por oraciones o enunciados, que no son más que, la expresión del pensamiento y el devenir de la acción humana (15).

Tenemos entonces que, la teoría semiótica de contenido, centra su atención en las oraciones o enunciados, considerando solamente el constructo empírico o teórico del mismo, desestimando las reglas gramáticas y estilísticas, pero deteniéndose en la interpretación semántica, por lo que se dirige hacia el análisis de la estructura del sentido. Así, se enfoca en el significado del relato, a través de un sistema de explicaciones contextuales, sin restricciones del léxico.

De modo que, el enfoque hacia la búsqueda de significado, está basada en explicaciones contextuales, llevando a los investigadores, necesariamente, a la aplicación de principios de la semiótica pragmática. Tales principios, significan no limitarse a descodificar enunciados u oraciones, en cuanto a su representación semántica; sino dirigirse a la interpretación contextual, proceso que emplea mecanismos inferenciales, con el propósito de reconocer los contenidos explícitos e implícitos en el enunciado.

De esta manera, la interpretación semántica contextual, se fundamenta en que, el efecto contextual viene dado por la relevancia del enunciado, característica que permite al sujeto investigador sumergirse en el estudio e integrarse al momento de la investigación, en función de la interpretación, mediante el ejercicio de dos tareas básicas: explicación del contenido explícito en la oración o enunciado e implicación del contenido, que se deduce y construye a partir de supuestos anteriores (16). Lo que en términos metodológicos consiente la integración teoría/empiría, planteada en la teoría fundamentada.

A esto, es necesario agregar que la interpretación semiótica, considerando los efectos contextuales, tiene lugar en un marco teórico donde se entienden la oración como acto comunicativo, en cuanto al contenido de información y el contexto, posibilitando la integración de un modelo de interpretación (17).

Es así como, en este estudio se toma el modelo de referencia de interpretación semiótica, que

permite, primeramente la interpretación en el contexto de la realidad, referida al medio, vale decir la práctica de enfermería hospitalaria. En segundo lugar, el contexto de la realidad dada por los constructos y supuestos teóricos de la antropología filosófica, la enfermería, filosofía, teología y de toda forma de conocimiento relacionado con el cuidado humano, pertinente para explicar o inferir contenido explícito o implícito en las categorías analizadas.

Principio de Holograma.

Una disyuntiva, encontrada en el estudio fue entender la realidad micro y macro social en el pensamiento enfermero. Resulto una incertidumbre preguntarse, en qué medida las enfermeras, sujetos de estudio representan un pensamiento que se corresponda con el micro o macro social de la práctica de enfermería. Tal vez, esta incógnita no logre respuesta desde la metodología. Pero, desde el punto de vista teórico, el principio de holograma (17), proporciona supuestos considerables, si presumimos carente de sentido la separación del contexto social.

Es un hecho, que la integración del micro y macro social es explicable, desde el principio de holograma. La realidad se aprecia trans-subjetiva, el micro y el macro social traspasa las fronteras personales que las contiene y brota desde la parte hacia el todo, de lo particular hacia lo general, puesto que no existe una distancia insalvable entre la realidad personal y su condición de sujeto social sino una relación de naturaleza compleja (17).

El principio de holograma, nace de la noción de complejidad, ya que las realidades complejas son tanto proceso como resultado, porque los mecanismos generativos subyacentes son iguales al producto manifiesto. Así, el holograma es una forma de organización en la que las partes que componen una determinada realidad contienen información acerca de la totalidad de la misma y, por ello, son en cierto modo capaces de constituir tal realidad como un todo.

El principio de holograma, supone que el micro refleja al macro; supone que el fragmento contiene la información de la totalidad. Y este principio, ha sido aplicado a los procesos mentales, porque los mecanismos psicofisiológicos funcionan en bloque de información. Y es precisamente la comunicación el proceso que activa este bloque, al convertirlo en categorías que le dan significado (18).

En términos de la comunicación verbal, una persona puede expresar solamente una parte de la realidad, ya que no posee la totalidad, pero el principio holográfico acepta que esa parte, ese discurso personal, contiene la totalidad del discurso social (18). Y más aun, explica que en el discurso, generado en el ser humano contiene la totalidad del ser, puesto que lo que está en la fenomenología de la conciencia, está en la materia neurofisiológica (19), y ambas son espejos de la totalidad de la

persona, y esta totalidad es a su vez espejo de la totalidad social.

Vale decir, el pensamiento antropofilosófico se refleja en el discurso y la práctica de enfermería, la realidad local de enfermería, ha de considerarse espejo o fractal la realidad general. Porque la organización social compleja, establece una peculiar relación entre las partes de un todo y esa misma totalidad, poseen modelos generativos de la totalidad en la que se incluyen, por medio de interacción entre las mismas.

En el mismo sentido, la visión del holograma, es un principio complejo que integra, teóricamente lo macro y lo micro de la realidad, considerando la interrelación y recursividad de conceptos y eventos. De ahí que, son simultáneamente cualitativos y cuantitativos, como unidad inseparable, porque el pensamiento emerge en su naturaleza como realidad material objetiva en el lenguaje y realidad de la conciencia subjetiva, a modo de proceso no sujeto al tiempo sino mas bien apreciable en el tiempo: pasado, presente y futuro, sin brechas de historia.

Principio de Holopraxis.

El principio de holopraxis, pertenece a la teoría holística, una teoría explicativa que orienta hacia la comprensión contextual de los procesos, de los protagonistas y de sus contextos. Desde esta teoría, el universo, el cosmos, la realidad, es un todo: lo que es, lo que fue, lo que está siendo, lo que es y lo que está en posibilidad de ser. Se refiere a la manera de ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad. Alude a la tendencia de entender los eventos, desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan; corresponde a una actitud integradora.

En el marco de la teoría holística, se entiende por holopraxis a una actitud del investigador, de integrar y establecerse propósitos de todas las dimensiones del ser humano, biopsicosocial y espiritual, y por eso integra en un estudio la ciencia, la filosofía, el arte y la espiritualidad. Este principio se asume a partir de la complejidad del ser humano, donde el pensamiento intuitivo del investigador es fundamentalmente sintético (14).

En atención a la holopraxis, que expone el principio de integralidad, las categorías, en el marco de la antropología filosófica, fueron interpretadas, discutidas y sometidas a síntesis, desde múltiples perspectivas teóricas, partiendo del contexto de la práctica de enfermería hospitalaria.

De esta manera, surge un marco referencial complejo, constituido en contexto teórico, tomado sin prejuicio, en cuanto se hace reseña desde el personalismo, el existencialismo, integrando concomitantemente a la discusión comparativa y explicativa, teorías de enfermería, de la neurofisiología, psicología social, humanística y transpersonal, e incluso teología cristiana.

A continuación, se muestra gráficamente la simultaneidad e interacción metodológica.

Gráfico Nº 2. Simultaneada e Interacción Metodológica



en función a la dialógica (1), el diseño de lógica de configuración, permitió que el sujeto investigador interactuara con diferentes métodos, de manera que respondiera a las incertidumbres planteadas. En este sentido, puede distinguirse, la aplicación de distintos métodos, acordes al momento de investigación: Observación Cualitativa (pre-configuración); Relato de vida (configuración), Teoría Fundamentalada (reconfiguración y construcción del constructo). Constituyéndose, la teoría semiótica una referencia metodológica que facilita la interpretación de la información.

MOMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Los momentos de la investigación se basó en la propuesta que implica que la interacción viene dada a lo largo de todo el ámbito del estudio (20), con el propósito de ir configurando la realidad social, que es tejida desde los mismos sujetos de estudio y del sujetos investigadores. Para los efectos de este estudio, se formularon cuatro momentos siguientes:

.-Primer Momento: pre-configuración. Este momento tuvo el propósito de explorar la realidad del pensamiento antropofilosófico de enfermería en el contexto

de la práctica hospitalaria. Para ello, se realizó la recolección de la información, en el referente empírico de la situación problemática, por medio de la técnica de observación cualitativa, que le permitió la vivencia de la realidad a la investigadora, durante una pasantía, que tuvo la duración de un total de 15 días, facilitó la pre-configuración de la realidad apprehendida en su condición de enfermera, ser humano cognoscente y sintiente.

Los registros de vivencias, se constituyen en referente empírico y describen una aproximación al contexto de la práctica de enfermería en un hospital urbano, permitiendo focalizar el problema de estudio, tal como está expuesto en el capítulo I.

Por demás, cabe destacar que el Hospital referido es una institución pública, tipo IV, de construcción de 4 niveles con 439 camas arquitectónicas y 300 funcionales. Está ubicada en cercanías a zonas boscosas, por el lado noroeste y por comunidades populares en sus límites suroeste. Es accesible por medio de transporte público y privado, dispone de servicios básicos, tales como telefonía, electricidad, aguas blancas y servidas por sistema de red pública. Es de diseño arquitectónico de la década de los 50, que implica salas comunes hasta para 20 pacientes con acceso a un amplio pasillo de apertura libre.

El hospital seleccionado, es el contexto de realidad social, donde las enfermeras sujetos de estudio prestan sus servicios profesionales. Es una organización de un complejo hospitalario donde se ofrece atención continua de enfermería a las personas hospitalizadas. La enfermera (o) es el único personal de salud que permanece vigilante del cuidado de persona cuidada, las veinticuatro horas del día, los 365 días de año, en virtud de lo cual su horario de trabajo es por turnos, por el principio de continuidad del cuidado de enfermería.

La escogencia de esta institución se debe a que en ella se dan diferentes eventos del cuidado en las áreas clínicas donde las enfermeras (os) realizan sus acciones que guardan relación con la génesis del cuidado de enfermería, concentra un buen número de profesionales de enfermería, lo cual facilitaba la participación en el estudio.

Desde el punto de vista organizativo, el hospital funciona bajo un modelo de gestión en el cual resaltan un sistema de relaciones diferentes al tradicional de los hospitales venezolanos. Los nuevos cargos de gerentes que manejan las áreas operativas son desempeñados por profesionales formados en carreras distintas de las ciencias de la salud. A estos gerentes les han asignado importantes responsabilidades lo cual influye de alguna manera en la calidad de un cuidado oportuno.

.- Segundo Momento: configuración, el sujeto investigador se sumergió en la realidad, tuvo una duración total de 1 año, con el propósito de aprehender información susceptible de interpretación, acerca del pensamiento antropológico en el discurso y la práctica de enfermería. Se utilizó el relato de vida, a manera de técnica para la recolección de información, centrada en narraciones orales de los sujetos de estudios, sobre las experiencias vividas, y seleccionada por su carácter de enfoque biográfico, que permite abordar la experiencia de enfermería como experiencia de vida.

Las enfermeras sujetos de estudios, fueron seleccionadas intencionalmente de una población constituida por 285 enfermeras, distribuidas en tres turnos laborales, de ambos géneros y en edades entre 22 y 63 años. Los sujetos de estudios fueron seleccionados intencionalmente, considerando la noción de muestra razonada (21), resguardando la homogeneidad en cuanto al nivel de formación, de cargo y género y procurando diversidad en relación con los años de experiencia en la práctica de enfermería y grupo etario de la persona cuidada.

En atención a los señalamientos, los criterios de selección fueron: ser enfermera del nivel académico de licenciatura, estar en el ejercicio de cargos que implican cuidado a la persona,

diversidad de unidades de cuidado en cuanto a grupo etario de la persona cuidada y diversidad de años de experiencia en el campo de enfermería hospitalaria.

Partiendo de estos criterios, las enfermeras sujetos de estudio, presentan las características personales siguientes:

- Deyanira, Licenciada en Enfermería, femenina de 47 años de edad, 19 años de servicio, estado civil casada, 2 hijos, adscrita al área médico-quirúrgica de adulto.
- Blond, Licencia en Enfermería, femenina de 30 años, 7 años de servicio, estado civil soltera, sin hijos, adscrita al área de pediatría.
- Isabel, Licenciada en Enfermería, femenina de 38 años de edad, 15 años de servicio, estado civil casada, escrita al área de médico quirúrgica.
- Nardo, Licenciada en Enfermería, femenina de 25 años de edad, 2 años de servicio, estado civil soltera, escrita al área de pediatría.

Estos criterios, además facilitaron que para el trabajo de campo, se aplicara la estrategia de relato de vida en paralelo, que consiste, en la acumulación de relatos procedentes de un mismo sector de población, lo que ofrece la posibilidad de realizar comparaciones de un relato con otro, aislando contenido narrativos significativos coincidentes, dándose por terminado cuando los nuevos relatos no son capaces de introducir ningún contenido narrativo nuevo, dándose por entendida la saturación de contenidos (22).

Partiendo del relato de vida en paralelo, el trabajo de campo, en este momento del estudio, tuvo una duración total de 4 meses. Se desarrolló en encuentros únicos, de contacto interpersonal, en ambientes domésticos, previamente acordados entre el investigador y el sujeto de estudio, se realizaron de manera progresiva, con un intervalo de 1 mes entre experiencias de encuentro, debido a que posterior a cada encuentro era necesario el análisis narrativo, para distinguir conceptos significativos, desde la antropología filosófica.

Se inicio, en primer lugar con Deyamila, quien tuvo una narración oral de 3hs con 35 min, seguidamente, se seleccionaron las unidades narrativas significativas, de acuerdo a la teoría

fundamentada. Posteriormente el encuentro fue con Blond, con una narración oral de 3 hs, 10 min. de duración, se fueron seleccionando las unidades narrativas, que coincidieron con las de Deyamila, sin aportes distintos.

Se prosiguió con Nardo, cuyo encuentro para la narración oral fue de 4 h 5 min, igualmente se seleccionaron las unidades narrativas significativas, observándose coincidencia con las narrativas anteriores, sin aportes distintos. Así mismo, se lleva a cabo el encuentro con Isabel, que tiene una duración de 3 hs 15 min, procediéndose a distinguir las unidades narrativas, sin aportes distintos.

Tomando en cuenta el criterio de saturación de contenido, establecido en la técnica de relato de vida en paralelo, se valoró la narración aportada por 04 enfermeras, saturada en cuanto a la repetición de ocurrencia de contenido, sugerida por Greimas (22) y en relación a redundancia, que sostiene la saturación en relación con suficientes contenido para construir el modelo de la investigación, operando la saturación desde el propósito del estudio, tal como lo señala Caviglia (23).

Cabe destacar, que en este momento del estudio se utilizaron a manera de atractores de autoorganización metodológica, criterios éticos y criterios de constructos.

Los criterios éticos se iniciaron con el estudio, ya que se valoró en términos de la Bioética. En primer lugar respeta el principio de beneficencia, dado que aporta conocimiento para reflexionar la práctica de enfermería, en segundo lugar respeta la no maleficencia, ya que no planteo experimentación ni manipulación alguna a los sujetos ni al contexto del estudio.

En cuanto al principio de autonomía, desde el contacto inicial con las enfermeras sujetos de estudios, les comunique que la información sería tratada de manera anónima, y que para la transcripción de información se utilizaría un seudónimo de su selección. Ofrecí garantías de confidencialidad. Y se procedió a suscribir un consentimiento informado.

Además de los principios señalados, para los criterios éticos se conservo la

práctica de valores, en particular el respeto, el buen trato de la persona, el consentimiento sensato, de la evaluación de las ventajas y los riesgos para los participantes, de la elección justa y prudente de los participantes y de la confidencialidad de los datos obtenidos, siguiendo las orientaciones de Dezin y Lincoln.

Debe agregarse, que en base a esos valores, se reflexionaron tres tipos de relaciones desarrolladas durante la investigación: la relación entre el sujeto investigador y la investigación, la relación entre el sujeto investigador y los sujetos de estudio en la investigación y la relación entre el sujeto investigador y información de la investigación.

La relación entre el sujeto investigador y la investigación: el investigador se hizo parte de la investigación como sujeto inmerso en la realidad, ser humano de inteligencia sintiente, reconoce su estilo de pensamiento complejo y el uso de la lógica de abducción que le permite la creatividad, sin embargo aplico el criterio de parsimonia y alcance para sostenerse fidedignamente de la información de los sujetos de estudio.

En lo que respecta a, la relación entre el sujeto investigador y lo sujeto de estudio, cabe destacar que a las enfermeras les fue respetado su tiempo y preferencia de lugar para el encuentro, es decir, ellas fijaban la fecha, la hora de la entrevista y elegían el sitio, de manera que les proporcionara privacidad. En todo el proceso se mostro responsabilidad y se asumió con sentido de compromiso, a pesar de haberles informado que tenían libertad de retirarse en el momento que lo desearan, todas se

mantuvieron hasta que acordamos el termino del relato.

Por último, para la relación entre el investigador y la información de la investigación se tomo en consideración la fidelidad en la transcripción, realizada por el propio investigador, los documentos se archivaron electrónicamente con mecanismo de restricción. Y el abordaje de selección, análisis e interpretación fue dirigido por el contexto teórico y la realidad hospitalaria.

En cuanto a los criterios de constructos, se tomaron la propuesta de Guba y Lincoln, referidos a credibilidad, auditabilidad y tranferibilidad.

En lo que se refiere al criterio de auditabilidad, los relatos de vida, con autorización de los sujetos de estudio, fueron objeto de grabación magnetofónica.

Mientras que, la credibilidad se certificó por medio de la transcripción de la grabación en forma textual, por lo que fue realizada por la propia investigadora tal como fue narrada por los sujetos de estudio y se reprodujo a doble tenor para entregar una al sujeto de estudio y otra para el sujeto investigador. A cada sujeto de estudio se le hizo entrega de la copia para que leyera y expresara si en realidad lo transcrito fue lo ella o él quiso decir, en ningún caso hubo desacuerdo.

Por otra parte, se destaca que para dar carácter de transferibilidad, se describe en el Capítulo I, un detallado escenario de la práctica de enfermería del hospital, que constituye el contexto de estudio. Así mismo, en la Grafica Matricial de información, se expone detalladamente la triangulación de la información, de manera que los futuros investigadores pueden detectar la narrativa de los sujetos de estudio.

.- *Tercer momento: reconfiguración*, este momento tuvo el propósito de exponer los hallazgos sobre el modelo de pensamiento antropofilosófico de las enfermeras redimensionados según la Teoría Fundamentada. Desde esta perspectiva, se dimensionó el modelo de pensamiento antropofilosófico atendiendo la propuesta de Strauss y Corbin (1).

Es así, que este momento, consistió en el procesamiento de la información y se desarrolló considerando los pasos de la Teoría Fundamentada, según los planteamientos de Strauss y Corbin (1), en cuanto a: codificación abierta, o análisis descriptivo del contenido narrativo típicos de las enfermeras sujetos de estudio, extraído desde el lenguaje y reelaborado, para facilitar la comunicación, al lenguaje del sujeto investigadores, en función a la representación interpretativa.

Seguidamente, se realizó la codificación axial, diseñándose un esquema de agrupación de códigos siguiendo sus propiedades conceptuales, conformando un nivel de categoría, o subcategoría, conformando el sentido teórico de análisis y relación entre los temas. Luego se procedió a la codificación selectiva, o integración de conceptos en categorías, para establecer un marco teórico, que se corresponda con el fenómeno de estudio, es decir el modelo de pensamiento antropofilosofico.

Finalmente, en este momento del estudio, la información codificada es triangulada y diseñada en un gráfico matricial, ver Anexo Nro 1, con lo que culmina la reconfiguración de la realidad.

.- *Cuarto momento: constructo teórico*. En este momento el estudio se focaliza en el propósito de construir una teoría del modelo de pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de enfermería, en el nivel descriptivo, explicativo y de síntesis.

Para el alcance de este propósito, se toma a manera de punto de partida, el grafico matricial de información, que expone la triangulación de la información, continuando con el procedimiento de construcción teórica planteada por la Teoría Fundamentada. De tal forma que, se prosigue con la búsqueda de repuestas a las interrogantes planteadas en el problema o momento de preconfiguración.

Valorando las categorías y subcategorías, procurando el sentido y siguiendo el pensamiento complejo, se procede al constructo teórico. Inicialmente, se construye un nivel descriptivo, señalando un bosquejo que presenta la agrupación de categorías y subcategorias, sustentada en teorías de la antropología filosófica.

Ahora bien, cada una de las categorías y subcategorías, es sometida a la dialógica compleja, explicando, complementando, sustentando o contrariando el discurso expuesto a manera de teoría descriptiva, y por abducción se construye una teoría explicativa. Entendida la abducción, en lógica de la razón que permite explicar el conocimiento, relacionando la razón con la persona misma, poniendo

de manifiesto que no es posible apartar de la construcción teórica de los sentimientos y la imaginación (12).

La abducción, en el uso de la razón lógica, permite por inferencia conciliar en la imaginación la acción con el pensamiento, la teoría y la empiria, accediendo a la integración de los saberes humanísticos, porque se trata de capturar la realidad e interpretarla dentro de un proceso creativo (12).

Y es ese carácter creativo de la abducción, lo que permite la síntesis conceptual que generan la teoría, de naturaleza transitoria e inconclusa, del modelo de pensamiento antropofilosofico en el discurso y la práctica de enfermería, partiendo de la información de la realidad local y legitimada en la coherencia explicativa y en la Teoría Fundamentada.

CAPÍTULO III

ABORDAJE DEL PENSAMIENTO ANTROPOFILOSÓFICO DE ENFERMERÍA DESDE LA COMPLEJIDAD

El estudio que nos ocupa, es una investigación social, sustentada en la matriz epistémica compleja, con diseño de lógica de configuración. Estudia al sujeto humano, como ser complejo y singular (1). De ahí que, utiliza como criterios, abordar al sujeto de estudio, atendiendo su condición de ser en situación, fuente primaria viva y sintiente, a través la interacción con el sujeto y la observación, bajo perspectiva multidimensional (2). No está circunscrita a la temporalidad, puesto que, el pensamiento humano trasciende las barreras del tiempo, aunque su conciencia se mantenga continua en su historia.

Las condiciones de ser sintiente y en situación, son criterios que se extienden al investigador, dado que comparten la naturaleza humana y la profesión de enfermera, por esta características comunes, en los diferentes momentos del estudio, al investigador aporta sus vivencias y cuando se encontró en la incertidumbre de no comprender los escenarios, se constituyo en observador de los mismos, y de esta manera fue construyendo la teoría como sujeto inmerso en la realidad.

Es así, como durante el momento de preconfiguación aportó sus vivencias de paciente y narró observaciones acerca del escenario de la práctica de enfermería de la realidad de los sujetos de estudio. Con el mismo propósito, participó de experiencias de vida para inferir significado a las subcategorías: valores religiosos (Dios) y la existencia incorporada (espíritu). Y a través de estas experiencias, estuvo en posibilidad de inferir sentido, y lograr así, la síntesis del conocimiento.

Cabe también preponderar que, el proceso de investigación se sustentó en diversas herramientas metódicas, utilizadas como estrategias. Esta diversidad, facilitó la simultaneidad e interacción entre los métodos de recolección de información (observación cualitativa y relato de vida), método de análisis de información (la teoría fundamentada) y los principios de síntesis contextualizada (el principio holográfico, el principio de holopraxis y la teoría semiótica).

Seguidamente, se describe los fundamentos de los métodos, señalados y posteriormente se ofrece una detallada explicación de los momentos desarrollados durante el estudio.

FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

En este punto, se realiza una explicación de las estrategias metodológicas que interactuaron con los momentos del estudio a manera de atractores de autoorganización metodológica.

Atractores de Autoorganización Metodológica.

Ha de entenderse, desde el pensamiento complejo, atractores de autoorganización metodológica, a los métodos y principios que aproximaron los momentos de investigación hacia el orden, configurando una dinámica de construcción del conocimiento dirigida hacia el propósito del estudio.

En ese entendido, en el presente estudio se distinguen los siguientes atractores: Métodos de Recolección de Información; Método de Análisis de la Información: Teoría Fundamentada; y Principios para la Síntesis del Conocimiento.

Métodos de Recolección de Información.

Los métodos de recolección de información constituyen las técnicas y procedimientos desarrollados para aprehender la realidad. En este estudio, se aplicaron dos técnicas cualitativas, elegidas acorde al momento de estudio. De tal manera, para la preconfiguración de la realidad se utiliza la observación cualitativa, en modalidad no sistemática y para la configuración se recurrió al relato de vida. Ambas se describen a continuación.

La Observación Cualitativa.

La observación cualitativa, es el proceso de contemplar fenómenos de la vida, sin manipulación ni modificación, tal cual ella discurre por sí misma (3). La aplicación de esta técnica, requiere de la condición de información accesible a la percepción humana, es decir, fenómenos observables, que puedan estudiarse en su entorno natural o en uno simulado. Generalmente, estos aspectos observables están referidos a la actividad humana, la expresión oral o corporal y/o condiciones físicas del entorno. Además, se requiere que estos aspectos tengan la condición de poseer carácter permanente, repetitivo o frecuente (4).

Adicionalmente, cabe destacar, que desde el punto de vista técnico, la observación puede ser: sistemática o no sistemática, lo que está sujeto al momento del estudio. En este orden de idea, en la presente investigación se selecciona la observación no sistemática, en cuanto que, el propósito estuvo referido a la preconfiguración de la realidad del pensamiento antropofilosófico, en el contexto de la práctica hospitalaria, lo que ameritaba un nivel descriptivo exploratorio.

El plan de la observación no sistemática incluyó: selección del campo, tramite de autorización formal, observación indiscriminada y observación descriptiva cualitativa (5). Para el registro de relatos de los acontecimientos, puede o no diseñarse un guión abierto, semi-estructurado o estructurado. Tales guiones definen el tipo de registro de observación, entre los que tenemos: anecdóticos, registro de vivencias, listas de control y escala de apreciación y las notas de campo (6).

Dado que, el propósito de la observación cualitativa de este estudio, tenía carácter exploratorio, se seleccionó, el registro de vivencia, que permitió describir cualitativamente eventos registrados acerca de la práctica de enfermería, conjuntamente con las reflexiones del investigador.

El Relato de Vida.

Iniciaremos, resaltando que las ciencias sociales “*tratan el problema de biografía, de historia y de sus intersecciones con las estructuras sociales y esas tres cosas, biografía, historia y sociedad, son los puntos de coordenada del estudio propio del hombre*” (7). En consecuencia considerando que el presente estudio está enmarcado en la antropología filosófica, y al tratar sobre el pensamiento humano, converge con las ciencias sociales, se pudo recurrir a este método, entendido en el género de

enfoque biográfico.

Este método, permite construir teorías sobre la realidad desde el interior de los sujetos de estudio, es un lenguaje de la propia vida, que permite resaltar la perspectiva propia, a través de su propia voz, de su palabra, de sus vivencias, emociones y sentimientos, en reconocimiento a sujeto dialógico, fuente viva y primaria de su propia experiencia de vida.

Tales bondades del relato de vida, llevan a que sea selección, en el presente estudio, a manera de método para configuración de la realidad. El relato de vida, es una técnica de investigación, circunscrita al enfoque biográfico, pero con distinta orientación, al constituirse en instrumento heurístico, que facilita al sujeto de estudio descubrir sus experiencias, desde la propia vida, expresándola en narración escrita u oral. En general, es una relación dialógica, que busca conocer lo social a través de lo personal, porque da voz al *otro*, se le deja hablar espontánea y libremente y el sujeto investigador, hace de oyente, un espectador que interviene solamente para aclarar o motivar (8).

Agregaremos, a manera de dato relevante, que a través de los relatos de vida, el sujeto de estudio, reflexiona sobre sus vivencias y tiene la oportunidad de recrear su identidad sin desvincularse de su realidad social, contrariamente, puede asociarse e interrelacionarse sin barrera de espacio ni tiempo, por lo que compone una experiencia personal narrada en cualquier persona del plural o singular (8), al no tratarse de biografía, sino de relatos de vida.

Y en este mismo orden, ha de destacarse que esta técnica, aunque posteriormente el sujeto investigador lo aborda con interpretaciones, los relatos “*se consideran constituyentes de la experiencia humana y, por tanto, representan la dimensión ontológica de todo enfoque biográfico*” (9). Y precisamente, por corresponderse a lo interior de la persona, aunque este exteriorizada en relato y sea susceptible de interpretación, ésta no reconstruye su dimensión original y por lo tanto no puede reducirse en ninguna función del conocimiento.

También, es necesario aclarar que los relatos de vida, son permeables a la intervención de los sujetos investigadores, de hecho, pueden obtenerse distintos resultados con igual sujeto de estudio y diferentes sujetos investigadores, y aunque el relato sea el mismo, es posible interpretarse de diferentes maneras y desde diferentes contextos (10).

De igual forma, aunque son relatos personales, en consideración al principio de holograma, estos se asumen como parte del todo, así el pensamiento enfermero antropofilosófico, comprendido en experiencia personal, está inmerso en la experiencia de enfermería, por lo que es transferible a la disciplina.

Esta afirmación, toma aún más sentido, porque todo relato de vida es una experiencia de microrrelación social, revelándose a manera de síntesis compleja a experiencia social, y una vivencia social que pluraliza la universalidad del macrosistema social, haciendo posible conocer lo social desde una experiencia personal (10).

En el marco de este estudio, el relato de vida, fueron enfocados en relación con las vivencias en práctica de enfermería, de un reducido grupo de enfermeras que participaron voluntariamente en el mismo. Las mismas laboran en un hospital urbano tipo IV y fueron seleccionadas intencionalmente.

La suma de estos relatos de vida, fueron utilizados para los momentos de configuración y reconfiguración de la realidad, cumpliendo las funciones de interpretación, análisis, discusión y síntesis del conocimiento, siguiendo los procedimientos de la Teoría Fundamentada.

Cabe agregar, que siguiendo la técnica correspondiente, el proceso de construcción de los relatos de vida se realizó en tres fases (9):

- Exploratoria, donde se considera al sujeto de estudio una persona, con identidad, sentimientos y emociones. En esta fase se seleccionaron las enfermeras sujetos de estudio, se gestionó los aspectos éticos se aplicaron técnicas para generar empatía y motivar la participación voluntaria y la disposición a la narración de las experiencias en el campo de enfermería.
- Descripción, estuvo dirigida por el propósito de la incertidumbre de la considerándose el contexto de vida la práctica de la enfermería, fue abierta en cuanto a su contenido. Los relatos describieron conceptos, sentimientos, emociones, ideas, creencias, actitudes, expectativas, preferencias, valores, normas y eventos, de experiencia personal y de la práctica de enfermería.
- Interpretación, discusión y análisis, esta fase se cumplió de acuerdo a los momentos de configuración y reconfiguración de Strauss y Corbin (1), siguiendo los procedimientos en la teoría fundamentada, haciendo una parada temporal del estudio, en la fase de constructo teórico, donde el análisis se transforma en síntesis.

En conclusión, el relato de vida es un método que permitió abordar el pensamiento antropofilosófico en el discurso y la práctica de enfermería, siguiendo el diseño de la lógica de configuración, a manera de estrategia, y autoorganizando la dinámica del estudio hacia la construcción del conocimiento, configurando la realidad expresada en categorías, interpretada en el contexto de la práctica de enfermería hospitalaria y la antropofilosofía.

Método de Análisis de la Información: Teoría Fundamentada

La teoría fundamentada, es el método seleccionado por el sujeto investigador, por tratarse de un procedimiento que implica un proceso de retroalimentación simultánea, entre la teoría y la empiria.

Dicha simultaneidad, entre la revisión y reflexión teórica, entre la observación y la recolección de información, propicia la construcción del conocimiento en los diferentes momentos del estudio, en interacción con el contexto micro y el macro de la realidad social.

En otras palabras, la teoría fundamentada permite reconfigurar la realidad manifiesta en el discurso y la práctica local de enfermería, con teorías derivadas de la antropología filosófica, enfermería y otras ciencias humanas, bajo la epistemología compleja. Esta globalización, atiende a que, la teoría fundamentada es una metodología para el desarrollo de teorías, que emerge de la investigación real, a través de una continua interacción entre sujeto investigador/sujeto investigado y la valoración simultánea de la información recopilada y la teoría (1).

Además de ofrecer estas bondades metódicas, proporciona la posibilidad de generar constructos teóricos, a partir del discurso de las enfermeras sujeto de estudio, pretendiendo, por inducción, proponer redes conceptuales apropiadas para reelaborar, adaptar, modificar o reflexionar sobre los modelos de cuidado ya adoptados en el pensamiento enfermero.

Amerita sumar a lo descrito que, la teoría fundamentada, da a lugar a la construcción teórica, permitiendo que el conocimiento emergido de la reconfiguración de la realidad, sea el resultado de un esfuerzo de síntesis por lógica de abducción (11), en correspondencia con la concepción del pensamiento complejo, dado que la abducción implica lo no lineal de la realidad.

De esta manera, la abducción supone una función compleja que incluye lo imaginario, definido como todo aquello que no está en el espacio ortogonal en presencia visual, sino en el tiempo, bien sea en un pasado ya extinguido o en un futuro deseado (12), características que definen al pensamiento. En este sentido, la abducción es apropiada en el plano de la integración teoría/empiría, lógica aceptada para la aproximación a la realidad, condescendiente, además con los principios de la complejidad.

Cabe destacar, que la interpretación que proporciona la abducción, es un proceso de razonamiento que facilita la integración de categorías y sus propiedades, la asociación de conceptos, por medio de comparaciones constantes, la codificación abierta, axial y selectiva y el registro de reflexiones que surgen durante el procedimiento de la Teoría Fundamentada.

En resumen, el procedimiento que deriva de la teoría fundamentada pueden abreviarse de la manera siguiente: recolección de datos empíricos; procedimientos de

codificación o análisis de datos (codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva); y delimitación de la teoría.

Ahora bien, la codificación abierta, pasa por tres fases (13): *codificación de los datos*, en la que el investigador procura analizar los datos transcritos línea a línea, estableciendo códigos que resuman el sentido de lo que fue transcrito, usando las propias palabras de los entrevistados; *Categorización*, el investigador compara los códigos por semejanza y diferencias y a agruparlas en categorías; *construcción de conceptos*: el investigador va guiando la selección de categorías de acuerdo con la relevancia de los eventos en el contexto de estudio.

De este esquema, se desprende que una vez recolectada y transcrita la información, tras hacerse la identificación de las unidades narrativas significativas, el investigador procede a codificarlos y analizarlos, garantizando el análisis comparativo, hasta que la saturación teórica y de contenido tenga a lugar y pueda presentarse teoría.

Mientras que, la codificación axial es realizada a través de los procedimientos de reducción, o comparación de las categorías en el sentido de identificar correlaciones y eslabones entre ellas, se buscan descubrir categorías significativas; muestreo selectivo de información, búsqueda de información complementaria, para densificar la teoría, expandiendo, dimensionando y limitando las propiedades de las

principales categorías; y muestreo selectivo de literatura, que no es más que la actividad de revisar la literatura de los conceptos derivados de la categorización.

Se llega así, a la fase de codificación selectiva, procediendo a la modificación e integración de los conceptos, con el objetivo de comprender la categoría o tema central. Y finalmente, ocurre la delimitación de la teoría, que comienza a ocurrir en el momento de la reducción de las categorías y cuando éstas se vuelven teóricamente saturadas, es decir, cuando ningún dato nuevo o relevante emerge.

Ha de entenderse la codificación como un procedimiento a través del cual los datos recolectados son reordenados, relacionados y conceptualizados. Con el objetivos de construir la teoría, y dar al proceso científico el rigor metodológico necesario (1).

De este esquema, se desprende que una vez recolectada y transcrita la información, tras hacerse la identificación de las unidades narrativas significativas, el investigador procede a codificarlos y analizarlos, garantizando el análisis comparativo, hasta que la saturación teórica y de contenido tenga a lugar y pueda presentarse la teoría.

Ha de entenderse la Teoría Fundamentada, a modo de método sustentado en procedimientos a través del cual, la información recolectada es categorizada, de tal

manera que, posibilita la construcción de la teoría. Tal procedimiento, en este estudio se rigió por los criterios de parsinomia y alcance, tal como se describe a continuación (14):

- *Criterio de parsinomia*: este juicio indica que para la construcción de una teoría o explicación de un fenómeno, no debe hacer más suposiciones que las mínimas necesarias, de tal manera que, en el presente estudio, con el mínimo de conceptos implícitos y explícitos en los códigos seleccionados, se procuró la máxima capacidad de explicación y comprensión de los mismos, para posteriormente, hacer analogía con el referencial teórico para distinguir categorías centrales, a través de la codificación selectiva, hasta lograr reducir, agruparlas o aglutinar varias categorías en una.

- *Criterio de alcance*: la identificación de códigos conforme a las expresiones de los sujetos de estudio, constituyen el referente empírico, evitando la ampliación no apoyada por la información, de esta manera se construye la teoría del estudio, pretendiendo la transferencia del pensamiento antropofilosófico de enfermería a realidades generales con similitud de contexto (práctica de enfermería hospitalaria).

Con estos criterios, la investigación, fue una experiencia personal de interacción entre la realidad teórica y el pensamiento enfermero, reflejado en el lenguaje de los relatos de vida. Lo que finalmente produce la integración teoría y empiria, por medio de la Teoría Fundamentada.

Principios para la Síntesis Contextualizada del Conocimiento.

Por estar este estudio, enmarcado en la matriz epistémica compleja, el sujeto investigador tiene en consideración que la problemática de la construcción del conocimiento está asociada al riesgo del error y la ilusión, porque el conocimiento es el resultado de una traducción y reconstrucción mediante el lenguaje y el pensamiento.

Aun cuando la incertidumbre es el rasgo de la verdad en el pensamiento complejo, en el presente estudio se utilizan principios que permiten interpretar las categorías con el único propósito de aportar atractor de autoorganización metódica. Entre los principios se mencionan.: la teoría semiótica, el principio de holograma y principio de holopraxis.

Teoría Semiótica.

La teoría semiótica, plantea postulados metodológicos considerados pertinentes en esta investigación, en cuanto que asume el pensamiento como un reflejo categorizado de la realidad y del lenguaje o cualquier otro sistema semítico utilizado por el ser humano, constituyéndose de esta

manera, el lenguaje buena expresión del pensamiento (15). En esta expresión material, se reproduce las interrelaciones lógicas de los conceptos, posibilitando el recorrido lógico del pensamiento y de su significación.

En este sentido, para la semiótica en todo mensaje, se da la existencia del pensamiento, en un plano sensible e inteligible, que es el contenido. Desde esta perspectiva, se establece la semiótica de contenido, para dar cuenta de las interrelaciones lógicas de conceptos, que articulan el sentido. Tratándose de semiótica de contenido, en los relatos orales, las unidades que articulan el sentido, están constituidas por oraciones o enunciados, que no son más que, la expresión del pensamiento y el devenir de la acción humana (15).

Tenemos entonces que, la teoría semiótica de contenido, centra su atención en las oraciones o enunciados, considerando solamente el constructo empírico o teórico del mismo, desestimando las reglas gramáticas y estilísticas, pero deteniéndose en la interpretación semántica, por lo que se dirige hacia el análisis de la estructura del sentido. Así, se enfoca en el significado del relato, a través de un sistema de explicaciones contextuales, sin restricciones del léxico.

De modo que, el enfoque hacia la búsqueda de significado, está basada en explicaciones contextuales, llevando a los investigadores, necesariamente, a la aplicación de principios de la semiótica pragmática. Tales principios, significan no limitarse a descodificar enunciados u oraciones, en cuanto a su representación semántica; sino dirigirse a la interpretación contextual, proceso que emplea mecanismos inferenciales, con el propósito de reconocer los contenidos explícitos e implícitos en el enunciado.

De esta manera, la interpretación semántica contextual, se fundamenta en que, el efecto contextual viene dado por la relevancia del enunciado, característica que permite al sujeto investigador sumergirse en el estudio e integrarse al momento de la investigación, en función de la interpretación, mediante el ejercicio de dos tareas básicas: explicación del contenido explícito en la oración o enunciado e implicación del contenido, que se deduce y construye a partir de supuestos anteriores (16). Lo que en términos metodológicos consiente la integración teoría/empiría, planteada en la teoría fundamentada.

A esto, es necesario agregar que la interpretación semiótica, considerando los efectos contextuales, tiene lugar en un marco teórico donde se entienden la oración como acto comunicativo, en cuanto al contenido de información y el contexto, posibilitando la integración de un modelo de interpretación (17).

Es así como, en este estudio se toma el modelo de referencia de interpretación semiótica, que

permite, primeramente la interpretación en el contexto de la realidad, referida al medio, vale decir la práctica de enfermería hospitalaria. En segundo lugar, el contexto de la realidad dada por los constructos y supuestos teóricos de la antropología filosófica, la enfermería, filosofía, teología y de toda forma de conocimiento relacionado con el cuidado humano, pertinente para explicar o inferir contenido explícito o implícito en las categorías analizadas.

Principio de Holograma.

Una disyuntiva, encontrada en el estudio fue entender la realidad micro y macro social en el pensamiento enfermero. Resulto una incertidumbre preguntarse, en qué medida las enfermeras, sujetos de estudio representan un pensamiento que se corresponda con el micro o macro social de la práctica de enfermería. Tal vez, esta incógnita no logre respuesta desde la metodología. Pero, desde el punto de vista teórico, el principio de holograma (17), proporciona supuestos considerables, si presumimos carente de sentido la separación del contexto social.

Es un hecho, que la integración del micro y macro social es explicable, desde el principio de holograma. La realidad se aprecia trans-subjetiva, el micro y el macro social traspasa las fronteras personales que las contiene y brota desde la parte hacia el todo, de lo particular hacia lo general, puesto que no existe una distancia insalvable entre la realidad personal y su condición de sujeto social sino una relación de naturaleza compleja (17).

El principio de holograma, nace de la noción de complejidad, ya que las realidades complejas son tanto proceso como resultado, porque los mecanismos generativos subyacentes son iguales al producto manifiesto. Así, el holograma es una forma de organización en la que las partes que componen una determinada realidad contienen información acerca de la totalidad de la misma y, por ello, son en cierto modo capaces de constituir tal realidad como un todo.

El principio de holograma, supone que el micro refleja al macro; supone que el fragmento contiene la información de la totalidad. Y este principio, ha sido aplicado a los procesos mentales, porque los mecanismos psicofisiológicos funcionan en bloque de información. Y es precisamente la comunicación el proceso que activa este bloque, al convertirlo en categorías que le dan significado (18).

En términos de la comunicación verbal, una persona puede expresar solamente una parte de la realidad, ya que no posee la totalidad, pero el principio holográfico acepta que esa parte, ese discurso personal, contiene la totalidad del discurso social (18). Y más aun, explica que en el discurso, generado en el ser humano contiene la totalidad del ser, puesto que lo que está en la fenomenología de la conciencia, está en la materia neurofisiológica (19), y ambas son espejos de la totalidad de la

persona, y esta totalidad es a su vez espejo de la totalidad social.

Vale decir, el pensamiento antropofilosófico se refleja en el discurso y la práctica de enfermería, la realidad local de enfermería, ha de considerarse espejo o fractal la realidad general. Porque la organización social compleja, establece una peculiar relación entre las partes de un todo y esa misma totalidad, poseen modelos generativos de la totalidad en la que se incluyen, por medio de interacción entre las mismas.

En el mismo sentido, la visión del holograma, es un principio complejo que integra, teóricamente lo macro y lo micro de la realidad, considerando la interrelación y recursividad de conceptos y eventos. De ahí que, son simultáneamente cualitativos y cuantitativos, como unidad inseparable, porque el pensamiento emerge en su naturaleza como realidad material objetiva en el lenguaje y realidad de la conciencia subjetiva, a modo de proceso no sujeto al tiempo sino mas bien apreciable en el tiempo: pasado, presente y futuro, sin brechas de historia.

Principio de Holopraxis.

El principio de holopraxis, pertenece a la teoría holística, una teoría explicativa que orienta hacia la comprensión contextual de los procesos, de los protagonistas y de sus contextos. Desde esta teoría, el universo, el cosmos, la realidad, es un todo: lo que es, lo que fue, lo que está siendo, lo que es y lo que está en posibilidad de ser. Se refiere a la manera de ver las cosas enteras, en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad. Alude a la tendencia de entender los eventos, desde el punto de vista de las múltiples interacciones que los caracterizan; corresponde a una actitud integradora.

En el marco de la teoría holística, se entiende por holopraxis a una actitud del investigador, de integrar y establecerse propósitos de todas las dimensiones del ser humano, biopsicosocial y espiritual, y por eso integra en un estudio la ciencia, la filosofía, el arte y la espiritualidad. Este principio se asume a partir de la complejidad del ser humano, donde el pensamiento intuitivo del investigador es fundamentalmente sintético (14).

En atención a la holopraxis, que expone el principio de integralidad, las categorías, en el marco de la antropología filosófica, fueron interpretadas, discutidas y sometidas a síntesis, desde múltiples perspectivas teóricas, partiendo del contexto de la práctica de enfermería hospitalaria.

De esta manera, surge un marco referencial complejo, constituido en contexto teórico, tomado sin prejuicio, en cuanto se hace reseña desde el personalismo, el existencialismo, integrando concomitantemente a la discusión comparativa y explicativa, teorías de enfermería, de la neurofisiología, psicología social, humanística y transpersonal, e incluso teología cristiana.

A continuación, se muestra gráficamente la simultaneidad e interacción metodológica.

Gráfico Nº 2. Simultaneada e Interacción Metodológica



en función a la dialógica (1), el diseño de lógica de configuración, permitió que el sujeto investigador interactuara con diferentes métodos, de manera que respondiera a las incertidumbres planteadas. En este sentido, puede distinguirse, la aplicación de distintos métodos, acordes al momento de investigación: Observación Cualitativa (pre-configuración); Relato de vida (configuración), Teoría Fundamentalada (reconfiguración y construcción del constructo). Constituyéndose, la teoría semiótica una referencia metodológica que facilita la interpretación de la información.

MOMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Los momentos de la investigación se basó en la propuesta que implica que la interacción viene dada a lo largo de todo el ámbito del estudio (20), con el propósito de ir configurando la realidad social, que es tejida desde los mismos sujetos de estudio y del sujetos investigadores. Para los efectos de este estudio, se formularon cuatro momentos siguientes:

.-Primer Momento: pre-configuración. Este momento tuvo el propósito de explorar la realidad del pensamiento antropofilosófico de enfermería en el contexto

de la práctica hospitalaria. Para ello, se realizó la recolección de la información, en el referente empírico de la situación problemática, por medio de la técnica de observación cualitativa, que le permitió la vivencia de la realidad a la investigadora, durante una pasantía, que tuvo la duración de un total de 15 días, facilitó la pre-configuración de la realidad apprehendida en su condición de enfermera, ser humano cognoscente y sintiente.

Los registros de vivencias, se constituyen en referente empírico y describen una aproximación al contexto de la práctica de enfermería en un hospital urbano, permitiendo focalizar el problema de estudio, tal como está expuesto en el capítulo I.

Por demás, cabe destacar que el Hospital referido es una institución pública, tipo IV, de construcción de 4 niveles con 439 camas arquitectónicas y 300 funcionales. Está ubicada en cercanías a zonas boscosas, por el lado noroeste y por comunidades populares en sus límites suroeste. Es accesible por medio de transporte público y privado, dispone de servicios básicos, tales como telefonía, electricidad, aguas blancas y servidas por sistema de red pública. Es de diseño arquitectónico de la década de los 50, que implica salas comunes hasta para 20 pacientes con acceso a un amplio pasillo de apertura libre.

El hospital seleccionado, es el contexto de realidad social, donde las enfermeras sujetos de estudio prestan sus servicios profesionales. Es una organización de un complejo hospitalario donde se ofrece atención continua de enfermería a las personas hospitalizadas. La enfermera (o) es el único personal de salud que permanece vigilante del cuidado de persona cuidada, las veinticuatro horas del día, los 365 días de año, en virtud de lo cual su horario de trabajo es por turnos, por el principio de continuidad del cuidado de enfermería.

La escogencia de esta institución se debe a que en ella se dan diferentes eventos del cuidado en las áreas clínicas donde las enfermeras (os) realizan sus acciones que guardan relación con la génesis del cuidado de enfermería, concentra un buen número de profesionales de enfermería, lo cual facilitaba la participación en el estudio.

Desde el punto de vista organizativo, el hospital funciona bajo un modelo de gestión en el cual resaltan un sistema de relaciones diferentes al tradicional de los hospitales venezolanos. Los nuevos cargos de gerentes que manejan las áreas operativas son desempeñados por profesionales formados en carreras distintas de las ciencias de la salud. A estos gerentes les han asignado importantes responsabilidades lo cual influye de alguna manera en la calidad de un cuidado oportuno.

.- Segundo Momento: configuración, el sujeto investigador se sumergió en la realidad, tuvo una duración total de 1 año, con el propósito de aprehender información susceptible de interpretación, acerca del pensamiento antropofilosófico en el discurso y la práctica de enfermería. Se utilizó el relato de vida, a manera de técnica para la recolección de información, centrada en narraciones orales de los sujetos de estudios, sobre las experiencias vividas, y seleccionada por su carácter de enfoque biográfico, que permite abordar la experiencia de enfermería como experiencia de vida.

Las enfermeras sujetos de estudios, fueron seleccionadas intencionalmente de una población constituida por 285 enfermeras, distribuidas en tres turnos laborales, de ambos géneros y en edades entre 22 y 63 años. Los sujetos de estudios fueron seleccionados intencionalmente, considerando la noción de muestra razonada (21), resguardando la homogeneidad en cuanto al nivel de formación, de cargo y género y procurando diversidad en relación con los años de experiencia en la práctica de enfermería y grupo etario de la persona cuidada.

En atención a los señalamientos, los criterios de selección fueron: ser enfermera del nivel académico de licenciatura, estar en el ejercicio de cargos que implican cuidado a la persona,

diversidad de unidades de cuidado en cuanto a grupo etario de la persona cuidada y diversidad de años de experiencia en el campo de enfermería hospitalaria.

Partiendo de estos criterios, las enfermeras sujetos de estudio, presentan las características personales siguientes:

- Deyanira, Licenciada en Enfermería, femenina de 47 años de edad, 19 años de servicio, estado civil casada, 2 hijos, adscrita al área médico-quirúrgica de adulto.
- Blond, Licencia en Enfermería, femenina de 30 años, 7 años de servicio, estado civil soltera, sin hijos, adscrita al área de pediatría.
- Isabel, Licenciada en Enfermería, femenina de 38 años de edad, 15 años de servicio, estado civil casada, escrita al área de médico quirúrgica.
- Nardo, Licenciada en Enfermería, femenina de 25 años de edad, 2 años de servicio, estado civil soltera, escrita al área de pediatría.

Estos criterios, además facilitaron que para el trabajo de campo, se aplicara la estrategia de relato de vida en paralelo, que consiste, en la acumulación de relatos procedentes de un mismo sector de población, lo que ofrece la posibilidad de realizar comparaciones de un relato con otro, aislando contenido narrativos significativos coincidentes, dándose por terminado cuando los nuevos relatos no son capaces de introducir ningún contenido narrativo nuevo, dándose por entendida la saturación de contenidos (22).

Partiendo del relato de vida en paralelo, el trabajo de campo, en este momento del estudio, tuvo una duración total de 4 meses. Se desarrolló en encuentros únicos, de contacto interpersonal, en ambientes domésticos, previamente acordados entre el investigador y el sujeto de estudio, se realizaron de manera progresiva, con un intervalo de 1 mes entre experiencias de encuentro, debido a que posterior a cada encuentro era necesario el análisis narrativo, para distinguir conceptos significativos, desde la antropología filosófica.

Se inicio, en primer lugar con Deyamila, quien tuvo una narración oral de 3hs con 35 min, seguidamente, se seleccionaron las unidades narrativas significativas, de acuerdo a la teoría

fundamentada. Posteriormente el encuentro fue con Blond, con una narración oral de 3 hs, 10 min. de duración, se fueron seleccionando las unidades narrativas, que coincidieron con las de Deyamila, sin aportes distintos.

Se prosiguió con Nardo, cuyo encuentro para la narración oral fue de 4 h 5 min, igualmente se seleccionaron las unidades narrativas significativas, observándose coincidencia con las narrativas anteriores, sin aportes distintos. Así mismo, se lleva a cabo el encuentro con Isabel, que tiene una duración de 3 hs 15 min, procediéndose a distinguir las unidades narrativas, sin aportes distintos.

Tomando en cuenta el criterio de saturación de contenido, establecido en la técnica de relato de vida en paralelo, se valoró la narración aportada por 04 enfermeras, saturada en cuanto a la repetición de ocurrencia de contenido, sugerida por Greimas (22) y en relación a redundancia, que sostiene la saturación en relación con suficientes contenido para construir el modelo de la investigación, operando la saturación desde el propósito del estudio, tal como lo señala Caviglia (23).

Cabe destacar, que en este momento del estudio se utilizaron a manera de atractores de autoorganización metodológica, criterios éticos y criterios de constructos.

Los criterios éticos se iniciaron con el estudio, ya que se valoró en términos de la Bioética. En primer lugar respeta el principio de beneficencia, dado que aporta conocimiento para reflexionar la práctica de enfermería, en segundo lugar respeta la no maleficencia, ya que no planteo experimentación ni manipulación alguna a los sujetos ni al contexto del estudio.

En cuanto al principio de autonomía, desde el contacto inicial con las enfermeras sujetos de estudios, les comunique que la información sería tratada de manera anónima, y que para la transcripción de información se utilizaría un seudónimo de su selección. Ofrecí garantías de confidencialidad. Y se procedió a suscribir un consentimiento informado.

Además de los principios señalados, para los criterios éticos se conservo la

práctica de valores, en particular el respeto, el buen trato de la persona, el consentimiento sensato, de la evaluación de las ventajas y los riesgos para los participantes, de la elección justa y prudente de los participantes y de la confidencialidad de los datos obtenidos, siguiendo las orientaciones de Dezin y Lincoln.

Debe agregarse, que en base a esos valores, se reflexionaron tres tipos de relaciones desarrolladas durante la investigación: la relación entre el sujeto investigador y la investigación, la relación entre el sujeto investigador y los sujetos de estudio en la investigación y la relación entre el sujeto investigador y información de la investigación.

La relación entre el sujeto investigador y la investigación: el investigador se hizo parte de la investigación como sujeto inmerso en la realidad, ser humano de inteligencia sintiente, reconoce su estilo de pensamiento complejo y el uso de la lógica de abducción que le permite la creatividad, sin embargo aplico el criterio de parsimonia y alcance para sostenerse fidedignamente de la información de los sujetos de estudio.

En lo que respecta a, la relación entre el sujeto investigador y lo sujeto de estudio, cabe destacar que a las enfermeras les fue respetado su tiempo y preferencia de lugar para el encuentro, es decir, ellas fijaban la fecha, la hora de la entrevista y elegían el sitio, de manera que les proporcionara privacidad. En todo el proceso se mostro responsabilidad y se asumió con sentido de compromiso, a pesar de haberles informado que tenían libertad de retirarse en el momento que lo desearan, todas se

mantuvieron hasta que acordamos el termino del relato.

Por último, para la relación entre el investigador y la información de la investigación se tomo en consideración la fidelidad en la transcripción, realizada por el propio investigador, los documentos se archivaron electrónicamente con mecanismo de restricción. Y el abordaje de selección, análisis e interpretación fue dirigido por el contexto teórico y la realidad hospitalaria.

En cuanto a los criterios de constructos, se tomaron la propuesta de Guba y Lincoln, referidos a credibilidad, auditabilidad y tranferibilidad.

En lo que se refiere al criterio de auditabilidad, los relatos de vida, con autorización de los sujetos de estudio, fueron objeto de grabación magnetofónica.

Mientras que, la credibilidad se certificó por medio de la transcripción de la grabación en forma textual, por lo que fue realizada por la propia investigadora tal como fue narrada por los sujetos de estudio y se reprodujo a doble tenor para entregar una al sujeto de estudio y otra para el sujeto investigador. A cada sujeto de estudio se le hizo entrega de la copia para que leyera y expresara si en realidad lo transcrito fue lo ella o él quiso decir, en ningún caso hubo desacuerdo.

Por otra parte, se destaca que para dar carácter de transferibilidad, se describe en el Capítulo I, un detallado escenario de la práctica de enfermería del hospital, que constituye el contexto de estudio. Así mismo, en la Grafica Matricial de información, se expone detalladamente la triangulación de la información, de manera que los futuros investigadores pueden detectar la narrativa de los sujetos de estudio.

.- *Tercer momento: reconfiguración*, este momento tuvo el propósito de exponer los hallazgos sobre el modelo de pensamiento antropofilosófico de las enfermeras redimensionados según la Teoría Fundamentada. Desde esta perspectiva, se dimensionó el modelo de pensamiento antropofilosófico atendiendo la propuesta de Strauss y Corbin (1).

Es así, que este momento, consistió en el procesamiento de la información y se desarrolló considerando los pasos de la Teoría Fundamentada, según los planteamientos de Strauss y Corbin (1), en cuanto a: codificación abierta, o análisis descriptivo del contenido narrativo típicos de las enfermeras sujetos de estudio, extraído desde el lenguaje y reelaborado, para facilitar la comunicación, al lenguaje del sujeto investigadores, en función a la representación interpretativa.

Seguidamente, se realizó la codificación axial, diseñándose un esquema de agrupación de códigos siguiendo sus propiedades conceptuales, conformando un nivel de categoría, o subcategoría, conformando el sentido teórico de análisis y relación entre los temas. Luego se procedió a la codificación selectiva, o integración de conceptos en categorías, para establecer un marco teórico, que se corresponda con el fenómeno de estudio, es decir el modelo de pensamiento antropofilosofico.

Finalmente, en este momento del estudio, la información codificada es triangulada y diseñada en un gráfico matricial, ver Anexo Nro 1, con lo que culmina la reconfiguración de la realidad.

.- *Cuarto momento: constructo teórico*. En este momento el estudio se focaliza en el propósito de construir una teoría del modelo de pensamiento antropofilosófico del discurso y la práctica de enfermería, en el nivel descriptivo, explicativo y de síntesis.

Para el alcance de este propósito, se toma a manera de punto de partida, el grafico matricial de información, que expone la triangulación de la información, continuando con el procedimiento de construcción teórica planteada por la Teoría Fundamentada. De tal forma que, se prosigue con la búsqueda de repuestas a las interrogantes planteadas en el problema o momento de preconfiguración.

Valorando las categorías y subcategorías, procurando el sentido y siguiendo el pensamiento complejo, se procede al constructo teórico. Inicialmente, se construye un nivel descriptivo, señalando un bosquejo que presenta la agrupación de categorías y subcategorias, sustentada en teorías de la antropología filosófica.

Ahora bien, cada una de las categorías y subcategorías, es sometida a la dialógica compleja, explicando, complementando, sustentando o contrariando el discurso expuesto a manera de teoría descriptiva, y por abducción se construye una teoría explicativa. Entendida la abducción, en lógica de la razón que permite explicar el conocimiento, relacionando la razón con la persona misma, poniendo

de manifiesto que no es posible apartar de la construcción teórica de los sentimientos y la imaginación (12).

La abducción, en el uso de la razón lógica, permite por inferencia conciliar en la imaginación la acción con el pensamiento, la teoría y la empiria, accediendo a la integración de los saberes humanísticos, porque se trata de capturar la realidad e interpretarla dentro de un proceso creativo (12).

Y es ese carácter creativo de la abducción, lo que permite la síntesis conceptual que generan la teoría, de naturaleza transitoria e inconclusa, del modelo de pensamiento antropofilosofico en el discurso y la práctica de enfermería, partiendo de la información de la realidad local y legitimada en la coherencia explicativa y en la Teoría Fundamentada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

CAPITULO I

1. OPS/HSP/HSO. Servicios de Enfermería para Contribuir al Logro de la Equidad y la Sostenibilidad de los Servicios de Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Documento, EEUU, 2001
2. Castell, A; C. Ortí; N. Rios; J. Parges; I. Pera y M. Peya. Competencias de la Profesión Enfermera. Educación Médica. 2 (2):89-94, 1999
3. Potter P y A. Perry. Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica. Editorial Doyma, México, 1996
4. Paterson, J y Zderad L. Enfermería Humanística. Editorial Limusa. México, 1979
5. Liebert, R. y L. Langenbach. Personalidad. Octava Edición. Editorial Thomson. México, 1999
6. The Antofagasta British School. Ser Persona Ilusión o Realidad. consulta disponible en WWW.páginanueva13.com. Consultado en fecha 13 de Mayo de 2004
7. Colliere, M. Promover la Vida. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. España, 1993
8. Hernández, J. Historia de la Enfermería. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. España, 1999
9. Donahue, P. Historia de la Enfermería. Ediciones Doyma. España, 1993
10. Jamienson, E. Historia de la Enfermería. Editorial Interamericana. México, 1967
11. Lepp, I. La Filosofía Cristiana de la Existencia. Ediciones Carlos Lohle. Argentina, 1963
12. Rubio, D. Ética para la Vida y la Convivencia. Editorial Desclee de Brouwer. España, 1981
13. Alvarez, J. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad. Editorial Trillas. México, 2002
14. Marriner, A. Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera edición. Mosby Doyma. España, 1995
15. Attewell, A. Florence Nightingale. Perspectiva: Revista Trimestral de Educación Comparada. Volumen XXVIII (1): 173-189), 1998
16. Balestini, M. El Discurso Médico en el Capitalismo. Editorial BL Consultores Asociados. Venezuela, 1999.
17. Martínez, M. El Paradigma Emergente. Editorial Trillas Editorial. México, 1997
18. Travelbee, J. Intervención en Enfermería Psiquiátrica: El Proceso de la Relación Persona a Persona. Ediciones OMS/OPS. Colombia, 1979
19. Escobar, D. Perspectiva Fenomenológica Sobre el Poder del Cuidado Humano Amoroso. Editorial INSTIVOC. Venezuela, 2004
20. Williams, A. A Study of Practicing Nurses' Perceptions and Experiences of Intimacy Within the Nurse Patient Relationship. Journal of Advanced Nursing. Volumen 35(2): 188-196, 2001
21. Chan, E. A Lived Experience of Dualism Between the Natural and Human Science Paradigms in Nursing. Journal of Advanced Nursing. Volumen 40(6), 739-746, 2002

22. Escuredo, B. Humanismo y Tecnología en los Cuidados de Enfermería desde la Perspectiva Docente. *Enfermería Clínica*. Volumen 13(3):164-70 40), 2003
23. Instituto Nacional de Estadística Estadísticas Demográficas, Económicas y Sociales N° 2 -Año 2005. República Bolivariana de Venezuela. Documento Oficial.
24. República Bolivariana de Venezuela. Constitución Nacional. Promulgada 21 de Julio de 2000. Aprobada por referendo constituyente el 15 de diciembre de 1999.
25. Roldán, P. C. Vargas, P. Fonoaud, G. Valencia, C. García y L. Salamanca Evaluación de la Calidad en la Atención en Salud. Un estudio de caso. *Colombia Médica* Vol. 32 N° 1: 14-18. Colombia, 2001
26. Remuzgo, A. Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor respecto a los Cuidados que recibe de las Enfermeras(Os) en el Servicio de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2001-2002. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Enfermería. Perú. Tesis de grado disponible en www.sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Tesis/. Consultado 15 de Marzo 2006.
27. OPS/FEPPEN .Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Brasil, 2001
28. OMS/IEP/OPS. Quality and Accreditation in Health Care Services. A Global Review. Department Of. Health Service Provision. Ginebra, 2003
29. Carvalho, V. Acerca de las Bases Teóricas, Filosóficas, Epistemológicas de la Investigación Científica – El Caso De La Enfermería. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, novembro-dezembro; 11(6):807-15, 2003
30. Ministerio de Ciencia y Tecnología. Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación 2005-2030. Dirección General de Prospección y Tecnología. República Bolivariana de Venezuela. Documento Oficial, 2005
31. Morin, E. El Paradigma Perdido. Ensayo de Bioantropología. Editorial Kairós. Barcelona, España, 1974
32. Morin, E. Introducción al Pensamiento Complejo. Barcelona. Gedisa editorial. España, 1997
33. Cisneros, C. [Pensamiento Borroso y Narrativas Cotidianas](#). *Revista Casa del Tiempo*. Puebla. México. Disponible en www.uam.mx./difusión/revista/mar2000/cisnero
34. Aguado, J. Fundamentos Epistemológicos del Paradigma de la Complejidad: Información, Comunicación y Auto-organización. Disponible en www.uem.es/ied/proyectos. Consultado 15 de febrero 2006.
35. González, F. Epistemología Cualitativa y Subjetividad. Editorial Pueblo y Educación. Cuba, 1997
36. Martínez M. [El Desafío de la Racionalidad Científica Clásica](#). Disponible en www.prof.usb.ve/miguelm/desafio. Consultado el 15 de febrero de 2006.
37. Villaseñor M. y J. Castañeda. Masculinidad, Sexualidad, Poder y Violencia. Análisis del Significado en Adolescentes. *Salud Pública de México*. Volumen 45, suplemento 1:44-57, 2002

38. Ariel, R. Diálogo de Saberes y Medicina: Escenario Fronterizo y Complejidad. Agujero Negro. Publicación N° 2. Disponible en <http://www.agujeronegro.org/index.htm>. Consultado 15 de Enero de 2005.
39. Gevaer, J. El Problema del Hombre. Editorial Sígueme. Salamarca. España, 1976
40. Lewis, M y E. Nourse .Nonlinear Dynamics: Chaos and Catastrophe Theory. Journal of Nursing Care Quality. Volumen 15(1):55–65p55, 2000

CAPITULO II

1. Gevaer, J. El Problema del Hombre. Editorial Sígueme. Salamarca. España, 1976
2. Houdin, G. ¿Qué es el Hombre? Editorial Sígueme. Salamanca. España, 1967
3. Heidegger, Martín. Ser y Tiempo. Editorial Universitaria. Chile, 1951
4. Rodríguez, J. Hacia Dios desde las relaciones Intersubjetivas. Anthropos (15):5-24, 1987
5. Gevaer, J. El Problema del Hombre. Editorial Sígueme. Salamarca. España, 1976
6. Albornoz, J. La Persona Humana en Algunas de sus Dimensiones Constitutiva. Anthropos (1): 49-60, 1980
7. González, H. Manual de Filosofía Social y Ciencias Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas Serie Doctrina Jurídica, Núm. 54. México, 2001
8. Buber, M. ¿Qué es el Hombre? Reimpresión vigésima novena de edición de 1943. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1995
9. Buber, M. Yo y Tú. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1984
10. Mounier, E. El Personalismo. Editorial El Buho. Colombia, 1984
11. Maritain, J. La Educación en este Momento Crucial, Edit. Club de Lectores, B. Aires, 1981
12. Maritain, J. El Hombre y el Estado. Tercera Edición. Editorial Guillermo Kraft. Buenos Aires, 1962
13. Maritain, J. Los Derechos del Hombre. La Pídyade, Buenos Aires, 1972
14. Nicoletti, J. Derechos Humanos en el Mundo Contemporáneo. Revista Iberoamericana de Educación. Volumen N° 42/3. Disponible en www.rieoei.org. Consultado 19 de Noviembre 2008
15. Marcel, G. El Misterio del Ser. Editorial Edhasa. España, 1971
16. Marcel, G. Ser y Tener. Caparros Editores. Argentina, 1995
17. Zubiri, X. Siete Ensayos de Antropología Filosófica. Universidad Santo Tomás. Bogotá, 1982
18. Kierkegaard, S. El Concepto de la Angustia, Colección Austral, México, 1998
19. Moreno, J. Ser Humano. Segunda Edición. Editorial Libros del Zorzal. Argentina, 2002

20. Colliere, M. Promover la Vida. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. España, 1993
21. Navarro, J. Historia Universal. Séptima Edición. Editorial Pearson. México, 2004
22. Abbagnano, N. Historia de la Filosofía. Volumen 4. Editorial Hora, S.A. Barcelona, 1996
23. O'Connor, D. Historia Crítica de la Filosofía Occidental, Editorial Paidós. Argentina, 1964
24. Jamienson, E; M. Swall y E.Suhrie. Historia de la Enfermería. Editorial Interamericana. México, 1968
25. Dessiato, M. Lineamientos de Filosofía. Editorial Universidad Católica Andrés Bello. Venezuela, 1995
26. Gilson, E. La Filosofía en la Edad Media. Segunda Edición. Biblioteca Hispánica de Filosofía, 1983
27. Donahue P. Historia de la Enfermería. Ediciones Doyma. España, 1993
28. Haugen, P. Historia del Mundo. Grupo Editorial Norma. Colombia, 2001
29. Martínez, M. El Paradigma Emergente. Editorial Trillas Editorial. México, 1997
30. Sánchez, M. Historia Teoría y Método de la Medicina. Introducción al Pensamiento Médico. Editorial Interamericana. México, 1998
31. Abornoz, J. Nociones Elementales de Filosofía. Editores Hermanos Vadell. Venezuela, 2001
32. Mark, K. Fuentes de la Historia Universal. Volumen 1 y 2 Editorial Thopson. México, 2001
33. Smith, C. Florencia Nihgtingale. Editorial Losada. Argentina, 1957
34. Marriner, A. Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera edición. Mosby Doyma. España, 1995
35. Bochenski, I. La Filosofía Actual. Fondo de Cultura económica. España, 1976
36. Stevenson, L. Siete Teorías de la Naturaleza Humana. Undécima Edición. Editorial Cátedra. Teorema. España, 1987
37. Liebert, R. y Langenbach, L. Personalidad. Octava Edición. Editorial Thomson. México, 1999
38. Kozier, B, Erb G y Blais, K .Conceptos y Teorías en la Práctica de Enfermería. 2da Edición. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. México, 1995
39. Rogers, C. El proceso de Convertirse en Persona. 17 ediciones de edición de 1972. Editorial Paldos. España, 2005
40. Fromm, E. Ética y Psicoanálisis. Fondo de Cultura Económica. México, 1947
41. Wesley, R. Teorías y Modelos de Enfermería. Editorial McGraw-Hill Interamericana, México, 1997
42. Nordmark, M. y Rohweder, A. Bases Científicas de la Enfermería. Editorial La Prensa Médica. México, 1967
43. Dugas, B. Tratado de Enfermería Práctica. Editorial Interamericana. México, 1970
44. Smith, D; Germain, C. y Gips, C. Enfermería Médico-Quirúrgica. Editorial Interamericana. México, 1973

45. Gordon, M. Manual de Diagnóstico de Enfermería. Editorial McGraw-Hill. México, 2007
46. Scheler, M. El Resentimiento en la Moral. Barcelona: Caparrós, Colección Espirit, 1972
47. Lopez, J; Alonso, T y López, A. Lecciones de Psicología Médica., Editorial Masson, Barcelona, España, 1999
48. González, H Manual de Filosofía Social y Ciencias Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas Serie Doctrina Jurídica, Núm. 54.México, 2001
49. Westbrook, R. John Dewey (1859-1952). Perspectivas: Revista Trimestral de Educación Comparada (París, UNESCO: Oficina Internacional de Educación), Volumen XXIII, n 1-2, págs. 289-305, 1993

CAPITULO III

1. Struss, A y Corbin, J. Bases de la Investigación Cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia, 2002
2. Ibáñez, J. Del Algoritmo al Sujeto: Perspectiva de la Investigación Social, Madrid, Siglo XXI. España, 1985
3. Fernández, Á. Investigación y Técnicas de Mercado. ESIC Editorial. España, 2004.
4. Grande, I y Abascal E. Fundamentos y Técnica de investigación comercial. ESIS Editorial. España, 2009.
5. Angera, María Teresa. Observación en Deporte y Conducta Ginésico-Motriz: Aplicaciones. Ediciones de la Universidat de Barcelona. España, 1999
6. Yuni, J y C. Urbano. Técnica para Investigar y Formular Proyectos de Investigación. Editorial Brujas. Argentina, 2006
7. Ochoa, J. La Historia de Vida: Un Balcón para Leer lo Social. Cuaderno de Mass Cultural IIV. Francia, 1996
8. Meneses, M y Cano A. Técnicas Conversacionales para la Recogida de Datos en investigación Cualitativa. Nure Investigación Nro 37, Noviembre-diciembre.españa, 2008
9. Cornejo, M; Mendoza, F. y Rojas, R. La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y Opciones del Diseño Metodológico. Psykhe. Volumen 17, n.1, pp. 29-39. España, 2008
10. Tarres, M. Observar, Escuchar y Comprender: Sobre la Tradición Cualitativa en la Investigación Social. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Mexico, 2004

11. Zalamea, F. El Continuo Perciano, Aspectos Globales y Locales de Generalidad, Reflexibilidad y Modalidad. ADC Biblioteca Leopoldo Guerra Portocarrero. Colombia, 2001
12. Barrena, S. La Razón Creativa. Ediciones Rialp S.A. España, 2007
13. Jorge, M. Indo em Busca de Seu Plano de Vida: a Trajetória do Estudante Universitário. Florianópolis: Papa-Livro; 1997.
14. Hurtado, J. Metodología de la Investigación Holística. Ediciones SYPAL. Venezuela, 2000.
15. Kristeva, J. Semiótica. Editorial Espiral, España, 1978
16. Sperber, J. y Wilson, D. La Relevancia. Comunicación y Procesos Cognitivos. Editorial Visor. Madrid, España, 1994
17. Navarro, P. El Holograma Social: Una Ontología de la Socializa Humana. Madrid, Siglo XXI. España, 1994.
18. Piñel, J y Lozano, C Ensayo General sobre la Comunicación. Ediciones Paidós Iberia. Barcelona, España, 2006
19. Wilber, K y otros. El Paradigma Holográfico. Editorial Kaidos. Barcelona España, 2008
20. Martínez, m. Como Hacer un Buen Proyecto de Tesis con Metodología Cualitativa. Caracas. Candidus. Cuadernos Monográficos N° 1. Venezuela, 2003
21. Canales, M. Metodología de investigación social: Introducción a los Oficios. Ediciones LOM. Chile, 2006
22. Labrador, J. Identidad e Inmigración. Un Estudio Cualitativo con Inmigrantes Peruanos en Madrid. Ortega Ediciones Gráficas, España, 2001
23. Caviglia, M. Dictadura, Vida Cotidiana y Clases Medias. Argentina, 2006

CAPITULO IV

1. Bertaux, Daniel: L'Approche Biographique sa Validité Methodologique ses Potencialites. Cuadernos Mass Cultural LXIX. Francia. Traducido por Dr. Jesús Rivero, 1980.
2. Kristeva, J. Semiótica. Editorial Espiral, España, 1978
3. Carrasco, D. G. Lenguaje y Significación. Revista Cuenca N° 33. Disponible en <http://biblioteca2.uclm.es>. Consultado Octubre 2009.
4. Maslow, A. Motivación y Personalidad. Ediciones Díaz de Santos. España., 1991
5. Henderson, V. La Naturaleza de la Enfermería. una Definición y sus Repercusiones en la Práctica, la Investigación y la Educación. Reflexiones 25 años Después. España. Editorial Mc Graw Hill, 1994

6. Colliere, M. Promover la Vida. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. España, 1993
7. Hayek, F. Individualismo: el Verdadero y el Falso. Revista Estudios Públicos. Nº 22, pp. 1-28. Chile, 1986
8. Max- Neef, M. Desarrollo a Escala Humana. Editorial Nordan-Comunidad. España, 1983
9. Rosal, R. ¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Editorial Desclee Di Browler. España: Bilbao, 2003
10. Buber, M. ¿Qué es el Hombre? Reimpresión vigésima novena de edición de 1943. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1995
11. Brunner, E La Justicia. Doctrina de las Leyes Fundamentales del Orden Social. Centro de estudios Filosóficos. Universidad Nacional Autónoma de México. México, 1961
12. Arendt, H. La Condición Humana. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1996
13. Moreno, A. Homo Convivals y Medicina Social, en Filosofía en la Medicina. Editoriales del Rectorado. Universidad de Carabobo. Venezuela. 1995
14. Buber, M. Yo y tú. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1998
15. Paterson, J y L. Zderad. Enfermería Humanística. Editorial Limusa. México, 1979
16. Unamuno, M. Del Sentimiento Trágico de la Vida. Biblioteca Nueva Madrid, 1999
17. Carvalho, M y Neves, E. Cuidado en la Hospitalización: la Perspectiva Infanto Juvenil. Texto Contexto Enferm, volumen 7, Nº 2 p.1-425. Florianópolis. Brasil, 1998
18. Casado, Á y Sánchez J. Filósofos Españoles en la Revista de Pedagogía (1922-1936). Ediciones Ideas. España, 2007
19. Gevaer, J. El Problema del Hombre. Editorial Sígueme. Salamarca. España, 1976
20. Fromm, E. Ética y Psicoanálisis. Fondo de Cultura Económica. México, 1947
21. Aguilar M; Calvo, A. y García, M. Valores Laborales y Percepción del Estilo de Liderazgo en Personal de Enfermería. Salud Pública de México. vol.49, no.6, noviembre-diciembre. México, 2007
22. Weber, M. Economía y Sociedad. Fondo de Cultura Económica. México, 1977
23. Trappe, P. Iufilosofía y Filosofía de la Cultura, Fuerza y Derecho en Filosofía del Derecho y Filosofía de la Cultura. Memorias del X Congreso. Volumen VIII. Compilado por Curiel José. Instituto de Investigación Jurídica. Serie G. estudios Doctrinales. Numero 70. México, 1982
24. Soria, A; Garrido, E; Rodríguez, R y Tejedor, D. Psicología Jurídica. Un Enfoque Criminológico. Editorial Delta, Publicaciones Universitarias. Madrid, España, 2006
25. Guardia, P; Rodríguez, A; del Pozo, J Cuando una Sonrisa es Una Trampa. Editorial Fundación Francisco Ferrer. Barcelona, España, 1994
26. Marcel, G. Ser y Tener. Caparros Editores. Argentina, 1995
27. Sousa, Y. El Cuerpo como Mediador de la Relación Hombre/Mundo. Revista Texto &Contexto-Enfermagen, Vol 6. Num 3. Florianópolis. Brasil, 1997
28. Burgos, C y Paravit, T. "Percepción de Violencia de los Pacientes Hospitalizados en los Servicios de Medicina y Cirugía de un Hospital Público." Ciencias de Enfermería. Volumen 9, Nº2. Chile, 2003

29. Travelbee, J. Intervención en Enfermería Psiquiátrica: El Proceso de la Relación Persona a Persona. Ediciones OMS/OPS. Colombia, 1979
30. Gil, Adriana. Aproximación a una Teoría Afectiva. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. España. Disponible en www.tesisenxarxa.net. Consultado 29 de Marzo 2010.
31. Barbosa, L. y Azevedo, SM. Significado y Percepciones sobre el Cuidado Enfermero. Index de Enfermería, N° 54: 20-24, 2006
32. Kofman, F. Competencia Emocional: El Poder de la Ecuanimidad en el Trabajo. Metamanagement. Volumen III. Editorial Granica. España, 2001
33. Monge, MI y L. León El sentido del Sufrimiento. Ediciones Palabras. España, 1998
34. Benítez, Laureano. El Sufrimiento un Camino a la Plenitud. Editorial Grafite. España, 2006
35. Goleman, D. Inteligencia Social. Editorial Planeta. Barcelona, 2006
36. Palmero, F y Fernández, E. Emociones y Adaptación. Editorial Ariel Psicología. España, 1998
37. Zubiri, X. Siete Ensayos de Antropología Filosófica. Universidad Santo Tomás. Bogotá, 1982
38. Lévinas, E. (1977) Totalidad e Infinito. Editorial. Sígueme, Salamanca. España.
39. Rogers, C. El proceso de Convertirse en Persona. 17 ediciones de edición de 1972. Editorial Paidós. España, 2000
40. Hume, D. Investigación Sobre el Entendimiento Humano. Colección Fundamentos N° 216. Ediciones Istmo. Madrid, España, 2004
41. Grembery, L. Emociones, una Guía Interna. Descle De Browver. España Bilbao, 2000
42. Rizzolatti, G. Las Neuronas en Espejo: los Mecanismos de la Empatía Emocional. Editorial Paidós. Barcelona, España,
43. Bodnar, R y Klein, G Endogenous opiates and behaviour: 2004. Peptides 26 (12): 2629- 711. E.E.U.U, 2005
44. Osho. Compasión. Editorial Grijalbo. Colombia, 2009
45. Meza, M. Construcción
46. n del Conocimiento en Enfermería: Enfermeros y Enfermeras Tienen la Palabra. Enfermería en Costa Rica. Junio 2006 Volumen 27 (1), 2006
47. Vitolo, C. El Amor Camino para un Mundo Nuevo. Ediciones Trípode. Venezuela , 2005
48. Lucas, J Fenomenología y Filosofía de la Religión. Editorial Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 1999
49. Karlic, E. La fraternidad: Don y Tarea. Una Aproximación Teológica en Epistemología de las Ciencias Sociales. La Fraternidad. CIAFIC. Ediciones. Argentina , 2004
50. Frankl, V. El Hombre en Busca de Sentido. Editorial Herder S.A. Barcelona, España, 1992
51. Mounier, E. El Personalismo. Editorial El Buho. Colombia, 1982
52. Nightingale, F. Notas Sobre Enfermería. Masson S.A. España: Barcelona, 1990
53. Saenz, A; Rueda, J; Sola, M y Fernández, L. Las Actitudes Éticas del Cuidado desde la Percepción de los Pacientes Mayores en Diálisis. Disponible en revistassedn.org, 2009

54. Escandell; M. Introducción a la Pragmática. Segunda Edición. Editorial Ariel Lingüística. Barcelona. España, 2008
55. Nietzsche, F. La Genealogía de la Moral. Tratado segundo. Disponible en <https://docus.google.com>. Consulta julio 2010
56. Bacarlett, M. Friederich Nietzsche. La Vida, el Cuerpo y la Enfermedad. Universidad Autónoma del estado de México. México, 2006
57. Alvarado, R y Arenas, N. “Condición Humana de la Enfermera de Salud Reproductiva desde la Percepción de la Usuaría”. Revista Portales Médicos. Publicada 10 de Julio 2008.
58. Marriner, A. Modelos y Teorías de Enfermería. Tercera edición. Mosby Doyma. España, 1995
59. Rosales, A. Siete Ensayos sobre Kant. Universidad de los Andes. Editorial Venezolana. Venezuela, 1993
60. Ruiz, M. Estudio e Intervención en la Conducta Prosocial-Altruista. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba. España. Disponible en www.helvia.uco.es. Consultada en 29 de Marzo 2010.
61. Barraca, J. Vocación y Persona. Ensayo de una Filosofía de la Vocación. Unión Editorial. España, Madrid, 2003
62. Arenas, N y Lorenzini, A. La Enfermera (o) en la Cotidianidad del Cuidado Humano. Doctorado en Enfermería, Salud y Cuidado Humano. Dirección de Estudios Avanzados. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Disponible en Biblioteca Central CID, 2003
63. Matamoros, K. y otros. Percepción de los Usuarios y Usuarías sobre el Quehacer de Enfermería en el Primer Nivel de Atención. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica [en línea]. Abril-Septiembre 2007 No.12 [citado (fecha)]. Disponible en <http://www.revenf.ucr.ac.cr/percepcion>.
64. Sanabria, H. Deserción en Estudiantes de Enfermería en Cuatro Universidades del Perú. Anales de la Facultad de Medicina. Vol. 63, N° 4 pp. . 301 - 311, 2002
65. Kardec, A . El Libro de los Espíritus. Editora 18 de Abril, S.A.C.I. Argentina, 2003
66. Juan Pablo II. Veritatis Splendor. Encíclica. Disponible en www.vatican.va, 1993
67. Morin, E. El hombre y La Muerte. Quinta Edición. Editorial Kaidos. Barcelona, 2007
68. Morin, E. El Paradigma Perdido. Editorial Kairós. España, 2000
69. Daniel, M. Sombra, Yo y Espíritu. Editorial Kaidos. España Barcelona, 2008
70. Alvarez, M. La Conciencia Humana: Perspectiva Cultural. Editorial Antropodos. Barcelona. España, 2005
71. Watson J. Ciencia Humana y Cuidado Humano: Una teoría de Enfermería. New York, National League for Nursing. EEUU, 1988
72. Lax, W. “Narrativa, Construcción Social y Budismo.” En Construcciones de la Experiencia Humana. Volumen II. Editorial Gedisa. Barcelona, 1997
73. Serrano, E. Cristianismo y Marxismo. Disponible en <http://docs.google.com>. Consultado julio 2010

74. Marcel, G. El Misterio del Ser. Editorial Edhasa. España, 1971
75. Holsclaw, P. Conceptos Básicos de Enfermería. Editorial Diana. México, 1973
76. Pérez, M. "Dimensiones de la Existencia Humana. Presupuestos Antropológicos". En Ser Persona. Publicaciones UCAB. Venezuela, 2002
77. Escobar, D y Lorenzini, A. El Poder del Cuidado Humano en el o la Enfermera desde una Perspectiva Fenomenológica. Dirección de Estudios Avanzados. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Disponible en Biblioteca Central CID, 2003
78. Arenas, N y Lorenzini, A. La Enfermera (o) en la Cotidianidad del Cuidado Humano. Doctorado en Enfermería, Salud y Cuidado Humano. Dirección de Estudios Avanzados. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Disponible en Biblioteca Central CID, 2003
79. Gómez, R. La Dignidad Humana en el Proceso Salud Enfermedad. Colección Texto Ciencias de la Salud. Editorial Universidad del Rosario. Colombia, 2008
80. Álvarez, J. Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad. Editorial Trillas. México, 2002
81. Rodríguez, Y. y Román, G. Discurso de la Enfermera en la Sociedad Actual. Dirección de Estudios Avanzados. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Disponible en Biblioteca Central CID, 2003
82. Kerouac, S; Pepin J; Ducharme F; Duquette A y Mayor A. El Pensamiento Enfermero. Editorial Elsevier Masson. Barcelona, España, 1995
83. Sassano Miguel. Cuerpo, Tiempo y Espacio. Editorial Stadium. Argentina, 2003
84. Maritain, J. Los Derechos del Hombre. La Pldyade. Argentina, Buenos Aires, 1972
85. Maritain, J. La Educación en este Momento Crucial, Edit. Club de Lectores, B. Aires, 1981
86. Nuño, F. Filosofía, Ética, Moral y Valores. Editorial Thomson. México, 2004
87. Fernández, J. Ciclo de Conferencia de Deontología Jurídica. Grupo de Estudios Jurídicos. Disponible en www.profesionalestica.org. Consultado Octubre 2009
88. Pérez, E. Moral de Convicciones, Moral de Principio. Editorial san Esteban, salamanca, España, 2000
89. Guerra, D. Valores que Conllevan los Cuidados Enfermeros en Centros de Salud de Sevilla Enfermería Comunitaria. Volumen 2 Número 2.España, 2006
90. Morales, G. Dignidad Humana, Dignidad y Conflicto. Universidad Iberoamericana. Centro de Integración Universitaria. México, 1996
91. Republica Bolivariana de Venezuela Constitución Nacional. Publicada en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, viernes 24 de marzo de 2000.
92. Republica Bolivariana de Venezuela. Ley de Ejercicio Profesional de la Enfermería. Publicada en Gaceta Oficial Ordinaria N° 38.263, en Caracas, lunes 01 de Septiembre 2005
93. Ponce, J; Reyes, H. y Ponce, G. Satisfacción Laboral y Calidad de Atención de Enfermería en una Unidad Médica de Alta Especialidad. Revista Enfermería IMSS. Volumen 14, numero 2, 2006
94. Jonas, H. El Principio de Responsabilidad: Ensayo de una Ética para la Civilización Tecnológica. Editorial Herder. Barcelona, España, 1995

95. Boff, L. Ética para la Nueva Era. Disponible en <http://servicioskoinonia.org>. Consultado Octubre 2009.

96. Goffman, Erving. La presentación de la Persona en la Vida Cotidiana. Amorrortu Editores. Argentina, 1997