

*UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO*

*LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA:
PASADO, PRESENTE Y FUTURO*

*TESIS SOMETIDA A LA CONSIDERACIÓN DE LA COMISIÓN DEL
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO EN CIENCIAS DE LA
ENFERMERÍA PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER SCIENTIAE*

MARÍA DE LOS ÁNGELES MEZA BENAVIDES

CIUDAD UNIVERSITARIA "RODRIGO FACIO" COSTA RICA

2005

DEDICATORIA

A mi familia, con quienes he vivido años maravillosos de entusiasmo, amor y asombro. De vida cotidiana pero también de discusiones y crítica formadora.

A Ignacio, gracias por tu interés en mi trabajo y por apoyarme en las traducciones.

A Ariel, gracias por la oportunidad de discutir la pertinencia de mis comentarios y análisis.

A Jimena, gracias por escucharme, por compartir conmigo momentos de inquietud y de tranquilidad.

A Leo, gracias porque esta tesis es el resultado de compartir nuestra vida durante muchos años. Por inspirarme en lo personal y en lo intelectual. Por despertar en mi el interés y el gusto por las Ciencias Sociales.

A mi madre María Eugenia y mi padre Marco Antonio, a mis hermanas gracias por todo lo que han sido en mi vida.

A quienes me acompañaron en las noches que dediqué a esta tesis.

A todas y todos muchas gracias.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es el final de una hermosa aventura que termina después de mucho tiempo de estudio y de gratificantes discusiones. Representa un gran crecimiento en mi forma de ver la vida y la enfermería.

Por esto mi mayor agradecimiento a Nora Agnes, por inspirarme siempre, por su entusiasmo, por su amor a la ciencia. Por ser visionaria, emprendedora e incansable estudiosa de la enfermería.

A Ligia porque siempre estuvo presente cuando la necesité y por su dedicación al post grado. A Mabell por su apoyo constante.

A los y las estudiantes de enfermería y a mis compañeras de la escuela, de ustedes tomé las experiencias, los comentarios, las discusiones y las investigaciones que me permitieron construir este trabajo.

A todas y todos mi agradecimiento.

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de Magister Scientiae

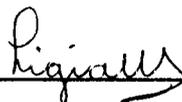
Dr. Ronny Viales Hurtado
Representante / Decano, Sistema de Estudios de Posgrado



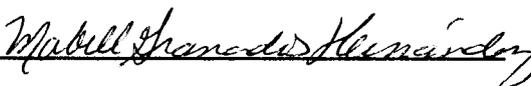
Dra. Nora Agnes Vega Villalobos
Directora de Tesis



MSc. Ligia Murillo Castro
Asesora de Tesis



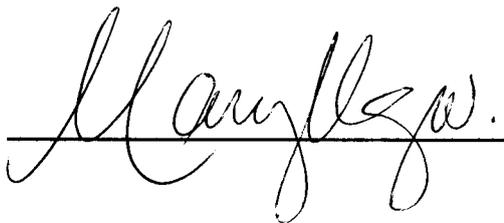
MSc. Mabel Granados Hernández
Asesora de Tesis



MSc. Rebeca Gómez Sánchez
Representante / Directora Programa de Posgrado



Licda. María de los Ángeles Meza Benavides
Candidata



ÍNDICE

CAPÍTULO I:

ANTECEDENTES

1.1.- Justificación	1
1.2.- Estado de la cuestión	
1.2.1.- <i>La enfermería en el mundo actual: contexto histórico, político y socioeconómico</i>	7
1.2.2.- <i>El estado del conocimiento en enfermería</i>	22
1.3.- La influencia empírica en el conocimiento en enfermería	31

CAPÍTULO II:

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS Y METODOLÓGICOS

2.1.- <i>Historicismo en enfermería: un recurso para estudiar el conocimiento</i>	44
2.2.- <i>Materialismo histórico y materialismo dialéctico</i>	47
2.3.- <i>Ideología y paradigmas en enfermería</i>	50
2.4.- <i>Formulación del problema de estudio</i>	59
2.5.- <i>Relación sujeto – objeto</i>	61
2.6.- <i>Tesis propuestas</i>	63
2.5.- <i>Objetivos</i>	
<i>Objetivo general</i>	64
<i>Objetivos específicos</i>	64
2.8.- <i>Fundamentos metodológicos</i>	
2.8.1.- <i>Delimitación del espacio: técnicas de recolección de la información</i>	65
2.8.2.- <i>Delimitación del tiempo</i>	66
2.8.3.- <i>Dimensiones para el análisis y sus categorías</i>	67
2.8.4.- <i>Ejes para la matriz del análisis: categorías epistemológicas</i>	69

2.8.5.- Marco conceptual para la construcción de los ejes y para el análisis del presente	69
CAPÍTULO III:	
ANÁLISIS DEL PASADO	
3.1.- Saber popular, género y religión	81
3.2.- La herencia de Florence Nightingale y el contexto de la medicina social	85
3.3.- Reformas liberales en Costa Rica y surgimiento de la enfermería como profesión	94
CAPÍTULO IV:	
ANÁLISIS DEL PRESENTE	
4.1.- Análisis de la producción del conocimiento en Costa Rica de acuerdo a la matriz de categorías epistemológicas.	106
4.2.- El conocimiento en enfermería en las publicaciones internacionales.	128
CAPÍTULO V:	
PENSAR EL FUTURO	
5.1.- Consideraciones finales	132
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

Meza Benavides María de los Ángeles. La Construcción del Conocimiento en Enfermería: Pasado, Presente y Futuro. Tesis Maestría en Ciencias de la Enfermería. San José, Costa Rica: 150 h.

El propósito de esta investigación es desarrollar un análisis socio histórico y epistemológico de la producción del conocimiento en enfermería en el pasado y en el presente, que permita construir una comprensión dialéctica de la enfermería como ciencia y su relación con la práctica actual y futura en Costa Rica. Para esto se proponen como tesis principales las siguientes:

1 La construcción del conocimiento en enfermería, como conocimiento científico, ha tenido un desarrollo lento e inconstante, por lo que la enfermería no ha podido consolidar una práctica profesional basada en un conocimiento propio. Uno de los obstáculos en esta construcción es el carácter subordinado a un modelo biomédico y a un paradigma positivista.

2 El cuerpo de conocimientos que caracteriza a la enfermería como una disciplina científica, no ha llegado a transformar la práctica.

3 El conocimiento en enfermería está ligado a los acontecimientos históricos y sociales que definen el contexto en que la práctica se ejerce. Existen momentos en la historia de la humanidad y específicamente de la sociedad costarricense, que van a constituir giros o puntos de definición para la construcción de un cuerpo de conocimientos en enfermería; estos aspectos son fundamentales para la comprensión de la disciplina.

Para profundizar en estas controversias, se plantea como objetivos identificar el carácter ideológico de la praxis en enfermería, así como las proposiciones que determinan la construcción del conocimiento y las características del contexto social, económico y político en que este conocimiento se da, tanto en el pasado como en el presente.

Desde una visión historicista y dialéctica, se analizan fuentes secundarias que reflejan la producción del conocimiento en enfermería a nivel mundial y nacional a partir de la construcción de matrices de categorías epistémicas.

En la construcción del pasado se analizan categorías como saber popular, género y religión. Además se llega a cuestionar la herencia de Florence Nightingale como un elemento fundamental en la construcción ideológica de la enfermería. El estudio de las Reformas Liberales en Costa Rica y el surgimiento de la enfermería como profesión, va a permitir explicar la construcción de la identidad profesional y la representación social que de la enfermería tiene la sociedad costarricense en la actualidad.

En el presente se concluye que se ha dado un conocimiento desordenado y que éste no tiene un horizonte claro. El conocimiento que se ha construido en las últimas décadas ha sido fundamentalmente adquirido y silencioso. Se da una tendencia hacia la producción de un conocimiento práctico, sin que éste sea articulado con la teoría de enfermería; esto no permite conceptualizar los problemas de la práctica y generar un conocimiento propio sólido. Por esto la construcción de este conocimiento propio ha sido débil y no ha logrado transformar la práctica.

Para pensar el futuro se requiere una ruptura de paradigma en enfermería que permita la transformación del conocimiento y el desarrollo de una nueva praxis enfermera.

M.A.M.B.

Epistemología, Paradigmas, Enfermería, Patrones de Conocimiento, Conocimiento en Enfermería.

Directora de la Investigación: Doctora Nora Agnes Vega Villalobos.

Unidad Académica: Escuela de Enfermería.

CAPÍTULO I:

ANTECEDENTES

1.1.- JUSTIFICACIÓN

Actualmente la enfermería a nivel mundial experimenta un momento crucial en su desarrollo, dado por un interés cada vez mayor en la revisión de la práctica de la enfermería en un ámbito más general, y en la reflexión sobre el conocimiento de la disciplina en un medio más concreto. Las circunstancias sociales y económicas de las sociedades actuales, incluyen una transformación importante en la concepción de los procesos de salud y enfermedad y en la forma en que estos procesos son abordados por el Sistema de Salud. Estas transformaciones han derivado en términos concretos en la reestructuración y modernización del sector, lo cual tiene una gran influencia en la práctica de la enfermería.

Este proceso de transformación tiene consecuencias positivas y negativas para la profesión, por una parte se ha dado un mayor interés por replantearse el papel de la enfermería dentro de la sociedad. Pero por otra parte los cambios acelerados no han permitido una reflexión profunda del quehacer, del por qué y el para qué de la enfermería. Toda disciplina científica y en este caso las disciplinas que tienen una fuerte relación con la atención a las personas, requieren constantemente hacer un alto para analizar el camino recorrido y plantearse una vía congruente con lo que la sociedad espera de ella y lo que los y las profesionales esperan de sí mismos (as). Esto nos obliga a separar únicamente para efectos del análisis, lo que se refiere al estudio de acontecimientos, políticas y resultados del microsistema; de los propósitos, efectos y satisfacciones que la enfermería puede dar en términos profesionales y personales como una dinámica propia; en esta medida la relación de la profesión con las políticas en salud será más clara.

La revisión de la práctica y la reflexión teórica sobre el conocimiento en enfermería están estrechamente relacionadas, nuestra disciplina es esencialmente práctica, pero no puede existir una práctica sin la reflexión teórica. A partir de las

últimas décadas varias sociedades de enfermeras y enfermeros en el mundo han iniciado esta reflexión. Estados Unidos, Canadá, España y varios países en oriente como Japón, Tailandia y la India. También en América Latina se han mostrado grandes avances en el estudio de la enfermería, lo cual ha dado como resultado una nueva visión de esta disciplina que ha revolucionado el pensamiento enfermero.

La influencia de corrientes filosóficas que rompen con la visión tradicional de la ciencia y el aporte de otras propuestas para la explicación del mundo nos han llevado a un punto de ruptura epistemológica de la enfermería ; esto es, una forma diferente de ver la realidad desde la perspectiva enfermera, esta nueva visión del mundo y de la enfermería nos obliga a buscar, estudiar y pensar desde nuestra propia disciplina, con esto se abre la discusión, la crítica y la reflexión profunda, que indudablemente requiere un gran esfuerzo pero que es estimulante por sí misma.

El propósito de esta investigación es dar paso a la reflexión epistemológica de la enfermería, abordar categorías que en un primer momento resultan muy abstractas pero que se concretan en la práctica misma, en la cual frecuentemente vemos nuestro trabajo reflejado.

El historicismo es el recurso metodológico para aproximarnos a esta reflexión. La visión de progreso de la teoría se establece a partir de la realidad histórica y social, sustituye la posición de una disciplina fundamentada en el cientificismo. De esta manera el estudio del conocimiento en enfermería se aparta del hecho simplista de contar la historia, para profundizar en el análisis de aspectos ideológicos y momentos claves que han dado un giro al desarrollo de esta disciplina.

Para esta investigación es necesario detenerse en el estudio de los grandes paradigmas: el positivismo, la fenomenología y el materialismo histórico. La

introducción de otros paradigmas nos permiten tener una mayor claridad de cómo se ha tratado de explicar el conocimiento en enfermería, en este sentido el paradigma categórico, el de la integración y el de la simultaneidad también definido como de la transformación, van a explicarse en función de los anteriores. Lo que si es necesario, es llamar la atención en cuanto a la ligereza con que éstos pueden ser estudiados, ya que van a ubicar el pensamiento enfermero dentro de una visión determinada, de la cual no es posible transitar a otras sin comprometer nuestra propia interpretación de la realidad.

Por otra parte se plantea estudiar el pensamiento de enfermeras como Afaf Meleis, Jacqueline Fawcet y Bárbara Carper entre otras, quienes han escrito y siguen escribiendo una nueva forma de conocer, estudiar y actuar la enfermería, así damos paso a la discusión de esta nueva propuesta.

Todo nos lleva a pensar que este es el momento preciso para esta discusión, ya que especialmente en la docencia en enfermería, viene dándose la inquietud por comprender el trabajo al que nos hemos dedicado durante los últimos años, lo que hemos hecho durante mucho tiempo y que sin duda alguna, hemos disfrutado, pero que sin embargo no hemos logrado comprender en su totalidad.

A partir de los estudios en Enfermería y luego en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, hemos reconocido una gran dificultad para aprehender la enfermería. El hecho de estudiar teorías de otras disciplinas y asumir una serie de principios y técnicas que nos hacían creer que eran válidas para nuestro conocimiento y nuestra práctica, no nos proporcionó una metodología para abordar los problemas que enfrentábamos en la práctica desde nuestra propia disciplina, o sea ***estudiábamos enfermería sin estudiar enfermería***. De esta manera el proceso enseñanza - aprendizaje se convertía en una labor cuesta arriba.

Para las personas que compartimos la experiencia de dedicarnos a la docencia, una de las mayores inquietudes en nuestra labor académica, estriba en buscar las respuestas a cuestiones fundamentales que se pueden resumir en las siguientes interrogantes: *¿cómo aprenden los y las estudiantes la enfermería?, ¿hasta donde hemos podido transmitir una visión de disciplina científica? o ¿continuamos transmitiendo una ideología conservadora, sólo que ahora con nuevos ropajes?*

Es indudable que se ha dado una transformación en el pensamiento y la orientación metodológica de la formación que reciben los y las estudiantes de enfermería de la Universidad de Costa Rica. Ahora existe una intensa y consistente preocupación por la actualización y el desarrollo del pensamiento humanista, por la participación cada vez más activa en los procesos sociales y culturales de la sociedad costarricense. Pero, *¿ha sido esto suficiente para encontrar el camino al tan anhelado y aludido cambio de paradigma?*

En la búsqueda del camino para dar respuesta a estas interrogantes, se da como punto de partida para lo que podría ser una nueva visión en enfermería, enrumbar el interés hacia la epistemología en general, lo cual nos lleva a estudiar la epistemología en enfermería. Esto constituye el punto de partida, el cual está relacionado también por el interés en el estudio del paradigma biomédico, el cual se ve representado como el paradigma categórico en enfermería. Esta visión de los problemas sobre los procesos de la salud – enfermedad de la población, desde la perspectiva de la enfermería, ha sido la que ha predominado. Seguir este paradigma, ha constituido uno de los principales obstáculos para el desarrollo de la enfermería como disciplina autónoma.

A partir de aquí se da el estudio de nuevas formas de ver los procesos, desde otros paradigmas y a la luz de otras teorías. Para esto se ha comenzado con el estudio de propuestas de enfermeras y enfermeros de diversas posiciones, quienes han sido pioneras y pioneros en el estudio de la densidad que significa el

conocimiento en enfermería, esto constituye una labor ardua y con un gran resultado lo cual nos lleva a darnos cuenta de la diversidad y riqueza de este conocimiento, que trasciende más allá de los límites de una práctica profesional rutinaria.

Por lo tanto el fin último de esta investigación es elaborar un análisis crítico de la forma en que se ha construido el conocimiento en enfermería y cómo las relaciones del contexto socio histórico y político definen el conocimiento presente. Pretende también analizar las principales posiciones en enfermería con el fin de concluir un panorama ideológico. Lo anterior nos permitirá, construir una propuesta que guíe la construcción del conocimiento en enfermería, de acuerdo a la realidad socio económica, y política de nuestras sociedades latinoamericanas.

Para Henri Lefebvre (1976), no hay conocimiento sin un objeto que conocer, este objeto de conocimiento en enfermería es la esencia que nos lleva a querer profundizar en la complejidad del ámbito de la disciplina. Pero además esta complejidad es mayor cuando nos ocupamos también de quién es la persona que conoce y en que circunstancia se da ese proceso de conocer.

A esto agregamos, que el desarrollo histórico de una disciplina permitirá encontrar los aspectos fundamentales de la relación entre el conocimiento y su utilidad social. Entonces se empieza a construir un cuerpo de conocimientos, en diferentes tiempos y en diferentes direcciones, que inevitablemente implicará momentos de crisis, avances y retrocesos, los que deben ser analizados. Por lo tanto le corresponde a los y las estudiosas de esa disciplina asegurarse el progreso científico, el cual, en el caso de la enfermería va a estar orientado por la práctica.

En esta discusión sobre el conocimiento y las formas de conocer, Meleis nos propone una interesante distinción entre conocer y entender. Para esta autora:

Conocer incluye conocimiento basado en observaciones, investigación, manifestaciones clínicas y avances científicos... Conocer resulta de la cuidadosa investigación sistemática o de las experiencias repetidas en la práctica clínica (Meleis, 1997: 147- 148. Traducción propia).

Pero la enfermería no puede conformarse con este tipo de conocimiento, porque su naturaleza va más allá de situaciones que pueden ser sistematizadas y que incluso muchas veces no es posible explicarse por qué suceden. A este tipo de situaciones de la práctica las podemos definir, según esta autora, dentro del marco del entendimiento. Así nos dice que:

El entendimiento incluye la interpretación, una total comprensión de las respuestas de otros seres humanos...El entendimiento incluye hacer conexiones y alcanzar síntesis...Este entendimiento incluye hallazgos específicos, la experiencia que evoluciona de la arena práctica, y conciencia del conocimiento de las formulaciones teóricas primarias. (Meleis 1997:150 – 151. Traducción propia).

La separación que plantea Meleis entre conocimiento y entendimiento nos lleva a una mejor comprensión del saber en enfermería, nos permite llegar a un nivel de concordancia entre ciencia y arte, estética y ética, conocimiento personal e interacción. Ahora podremos sentirnos más libres para escudriñar en los rincones de la práctica.

1.2.- ESTADO DE LA CUESTION

1.2.1.- LA ENFERMERÍA EN EL MUNDO ACTUAL: CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO Y SOCIOECONÓMICO

Las grandes transformaciones sociales del mundo contemporáneo obligan al análisis de las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales que ejercen una gran influencia en el bienestar individual y colectivo. En lo que corresponde a nuestro trabajo en el área de la salud, específicamente en la enfermería, estas transformaciones no pueden obviarse porque constituyen el elemento fundamental para la comprensión del sistema de bienestar, o de su contrario la enfermedad, las condiciones insalubres o la pobreza.

Globalización y neoliberalismo constituyen los ejes del análisis, ya que a partir de las últimas décadas el mundo entero se encuentra dentro de una encrucijada, el despliegue neoliberal que se da dentro de un contexto capitalista hegemónico que se consolida como tal después de la derrota del sistema socialista de la Unión Soviética y el desvanecimiento de la confrontación este - oeste. Ahora el mundo se encuentra en una nueva confluencia, la división asimétrica entre el norte y el sur, la cual históricamente siempre ha existido pero que en las condiciones políticas actuales, constituye la máxima expresión de una distribución injusta de la riqueza mundial.

Para hablar de globalización necesariamente tenemos que referirnos al capitalismo, ya que a partir de la conceptualización de este fenómeno económico - social y político podemos entender los alcances de la globalización, especialmente en sus manifestaciones más recientes.

La característica principal de este modo de producción es la relación entre capital y trabajo asalariado. De esta característica se desprende la relación de la

clase burguesa, la cual concentrará la riqueza y la clase trabajadora que será la que reproduzca el capital ajeno.

La explicación del fenómeno globalización, debe obedecer a un análisis socio - histórico del desarrollo del capitalismo. En este sentido Hirsch, menciona para referirse a globalización, lo siguiente: ***“El interrogante será,... si asistimos a una modificación estructural histórica del capitalismo que le da a esta forma social un rostro y un significado completamente distintos y de qué manera se realiza (1997:12)”***.

En síntesis la globalización corresponde a la integración de grandes capitales, que concentran la toma de decisiones de la mayoría de países del mundo, al estar éstos supeditados a la influencia del capital externo que marca el paso a los sectores internos. Así el concepto de lo nacional pasa a segundo término y prevalecen manifestaciones sociales, económicas y políticas internacionales que transforman la ideología de los países.

Las principales dimensiones de la globalización se concentran en lo técnico, lo político, lo ideológico - cultural y lo económico. En el caso particular de Costa Rica el fenómeno globalización ha encontrado a una sociedad lista para entrar a este nuevo modelo de dominación socio - económico, cultural y político; lo anterior también como producto de la puesta en marcha de los Programas de Ajuste Estructural (PAE I y II). La trayectoria costarricense, democrática y progresista en términos económicos y la estabilidad política ha permitido que estas formas de organización del mundo, se manifiesten rápidamente. La dinámica social del país es tal que la mayoría de estas manifestaciones llegan silenciosamente para la sociedad civil; sin embargo algunos procesos de transformación como es el caso de la privatización de las instituciones públicas se ha visto con bastante recelo por los grupos organizados y la sociedad en general. Instituciones como el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), el Instituto Nacional de Seguros (INS) y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) tradicionalmente se han

considerado como patrimonio costarricense, dentro del modelo neoliberal que fundamenta la globalización forman parte de las propuestas del gobierno para el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos.

Entendemos por neoliberalismo la tendencia político - económica que en la actualidad recibe el prefijo “ neo “, lo cual constituye una tendencia a envolver en algo novedoso y cosmético lo que en realidad corresponde a una corriente de pensamiento liberal predominante en 1929 (Martínez, 1999). Este pensamiento liberal sobre la economía y las relaciones de mercado, tiene su origen en los principios que surgieron como alternativa al estado absolutista con la lucha por la libertad personal que culminó con la Revolución Francesa, así empieza a tomar fuerza el principio de autonomía que especialmente en occidente tiene una connotación fundamental hacia una organización económica y social moderna que se va a traducir en el surgimiento del capitalismo. El liberalismo entonces es una forma de pensamiento que sigue la lógica del libre mercado, de la transacción entre mercancía y pago en dinero. La libertad de intercambio comercial implicaba una eliminación del control del estado, considerando como base que la sociedad es el ámbito de lo privado y que a ella le corresponde la regulación comercial, mientras que al estado al tener el ámbito de lo público le corresponde la defensa, la justicia y la organización del sistema institucional.

Uno de los acontecimientos más significativos del siglo XX, la desaparición de la confrontación entre Estados Unidos y La Unión Soviética, hace que la preocupación del Estado por las condiciones sociales retroceda, al no existir el “enemigo” el estado benefactor se convierte en un obstáculo y surgen una serie de medidas que dan como resultado la escalada hacia una nueva forma de organización. Según Xavier Gorostiaga (1992) además de este acontecimiento, la nueva unidad europea, la pérdida de la creciente hegemonía económica norteamericana y el nuevo papel de Japón y el Pacífico, constituyen los cuatro hechos fundamentales que están marcando esa nueva organización en los años noventa. Llama la atención la pérdida de la hegemonía norteamericana, y esta

situación puede explicar en parte la marcada dependencia actual de América Latina con Estados Unidos; la crisis económica de los años ochenta, el excesivo gasto militar, las diferentes invasiones y su protagonismo en la guerra de Medio Oriente ha hecho de éste, un país endeudado con relación a su propia población, quienes han recurrido a la compra de bonos del gobierno en un porcentaje mayor de lo que el Estado posee. La sociedad norteamericana es una sociedad que controla y regula sus propios impuestos y que exige al Estado el cumplimiento de sus funciones, además empieza a dudar de la calidad de sus productos y a interesarse en los productos de otros países como Alemania o Japón , de esta manera la globalización también empieza a afectar a la economía estadounidense ; ante esto Estados Unidos recurre a aplicar su dominio económico sobre los países de América Latina con la intención de establecer un reajuste de su propia economía que para esta década se encontraba en franca recesión. Es así como surgen las condiciones de la Iniciativa para las Américas, los tres pilares son la deuda, el comercio y la inversión (Gorostiaga, 1992). En términos muy generales es así como empieza a develarse la materialización de las políticas neoliberales y su efecto sobre los países de América Latina.

De esta manera tratando de comprender la complejidad de estas transformaciones sociales que han llevado al mundo a una forma de organización comercial globalizada, el neoliberalismo constituye la regulación política y económica del Estado sobre las relaciones comerciales, que adopta una serie de estrategias para adecuar la economía de los países a las nuevas necesidades y a la lógica del funcionamiento de la economía mundial. ***“La subordinación de la globalización a la lógica y el horizonte neoliberal está en la raíz de la crisis financiera internacional en curso y de sus probables derivaciones hacia una gran crisis global” (Martínez, 1999:26).*** La globalización está encapsulada dentro de un pensamiento económico y político neoliberal que además de reducirla a la lógica capitalista, la influye hacia una de las más despiadadas, individualistas y rapaces variantes de la política; ***“... el neoliberalismo es su antípoda, con su corta visión del lucro individual, la pasividad ante el***

mercado, la apelación a los instintos primarios y su despiadado darwinismo social” (Martínez, 1999:26).

Globalización y neoliberalismo tienen relación por la forma en que establecen la organización mundial del capital y las relaciones de mercado. En el hecho de que es el capitalismo el sistema creador y hegemónico, y en la medida en que estas formas de organización entretajan los hilos de las economías de los países de manera que éstos no pueden escapar a estas relaciones comerciales, financieras, políticas y sociales porque quedar fuera es imposible.

El efecto ideológico de esta relación globalización - neoliberalismo se puede explicar a partir de los mitos que Martínez (1999) señala como la forma en que se deforma la realidad, haciendo ver que la globalización es un fenómeno de todos los países del mundo, que es inevitable y que no hay otra alternativa. Estos mitos permiten descargar la responsabilidad de los gobiernos neoliberales sobre las consecuencias de sus políticas. ***“...si aumenta el desempleo, descienden los salarios reales, empeora el sistema de salud pública o empeora la educación, la culpa sería de la globalización y no de las clases dominantes.”*** (Martínez, 1999:32).

Las consecuencias de esta relación neoliberalismo - globalización sobre los países del mundo, tiene que ver en primer lugar con la acumulación de la riqueza mundial en manos de unos pocos, lo que da como resultado condiciones de pobreza para muchos. La consecuencia financiera es la parte más visible de esta relación ya que se construye un capital financiero irreal por encima del capital real, la denominada economía de casino basada en la especulación. El capital financiero internacional es especulativo, privado, inestable y pro norteamericano (Martínez, 1999).

Esta forma de capital financiero al ser especulativo, es de crecimiento rápido y volátil, se privilegian formas de organización social y económica más

ágiles y que aparentan mayor solvencia, esto provoca un desplazamiento de otras formas de organización económica de la sociedad como la agricultura y la industria.

Como se ha mencionado la liberación financiera requiere que el Estado no obstaculice sus pretensiones, de esta forma el área social recibe un fuerte golpe al disminuir los gastos sociales, lo que representa un deterioro en los sistemas de salud, educación y vivienda que se traduce en un aumento de los indicadores de mortalidad infantil, disminución de la esperanza de vida, desempleo, aumento de la violencia y la inseguridad y trastornos en la salud asociados a niveles sostenidos de estrés.

En este contexto político, con las consecuencias sociales antes mencionadas, se encuentra inmersa la enfermería.

Las condiciones sociales de la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social, el desarrollo histórico del Sistema de Salud en Costa Rica y la transformación paulatina de las instituciones de salud constituye una de las condicionantes políticas y sociales más importantes en la formación del pensamiento y en la construcción del conocimiento en la enfermería actual.

Cabe entonces plantear las siguientes interrogantes: ¿Si la enfermería como profesión ha respondido a estas transformaciones? ¿Hacia adonde se ha dirigido esta respuesta? o si ¿La enfermería al igual que otras profesiones de la salud se han mantenido al margen de la reflexión sobre estas cuestiones? En este estudio nos proponemos profundizar en esto.

Neoliberalismo en Costa Rica: efectos sociales

El desarrollo de este aspecto estará fundamentado a partir de los últimos informes del Estado de la Nación. Aquí encontramos como generalidad que Costa Rica aparece durante 1999 como una nación retraída que no ha sabido emplear las oportunidades, los logros sobre desarrollo humano alcanzados hasta ahora no han sido bien aprovechados y se considera que existen frenos o barreras para el progreso. La nación ha cambiado en algunas cosas, pero en aquellas que se consideran más importantes no ha habido cambio o éste se ha dado sin control.

“Somos una sociedad perpleja ante la intuición de ser, dependiendo de lo que haga en los próximos años, una nación con mucho que ganar y, a diferencia de otras, con mucho que perder” (Proyecto Estado de la Nación, sexto informe 1999:28). Los cambios en cuanto a desarrollo económico y formas de organización comercial, muestran que en el sector terciario (comercio y servicios) estos cambios son profundos y persistentes, lo cual implica el desplazamiento por ejemplo de la maquila y del sector agrícola, el cual desde hace mucho tiempo ha venido sufriendo este desplazamiento.

Para el expresidente Rodrigo Carazo, Costa Rica ha dejado de lado la tradición agropecuaria para obedecer a los mandatos de los organismos financieros internacionales. Como un discurso contradictorio el gobierno proponía la importancia de volver a la tierra mientras que los bancos disminuían los préstamos para agricultura. (*Fin del neoliberalismo, La Nación, 7 de diciembre del 2000*). Lo anterior permite identificar claramente el efecto que la globalización y las políticas neoliberales han tenido sobre la principal forma de organización económica de la sociedad costarricense.

Durante la década de los años 70 la población costarricense iniciaba una escalada hacia el mejoramiento de sus condiciones de vida, esto se tradujo en aumento del bienestar y elevación de los indicadores de salud. La enfermería en este momento respondía a las políticas hacia este desarrollo, el conocimiento en

enfermería en este momento estaba influenciado por una ideología que promulgaba la atención primaria y la Salud Pública. Esta dirección dio un giro muy significativo en la década de los 80 y los 90, la presencia de la enfermería en el ámbito nacional fue debilitándose mientras que otras profesiones como la medicina, con un marcado énfasis liberal, tomaron el control de las instituciones de salud y se beneficiaron de las políticas que actualmente favorecen el ejercicio privado. Interesa conocer entonces, cómo se dieron estos procesos dentro de la enfermería y cuánto influenciaron en el progreso o estancamiento del conocimiento enfermero.

Volviendo al informe del Estado de la Nación, se da para 1999 un incremento en la cobertura de la educación secundaria y la atención básica de la salud, pero se destacan profundas deficiencias en cuanto a confianza ciudadana, el manejo de la seguridad, prevención de accidentes, ataque a la pobreza y deuda interna, en este año los hogares pobres representaron un 20.6 % del total. Según la Encuesta de Hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el año 2001 un 20,3% de los hogares se encontraba en situación de pobreza y 5,9% en pobreza extrema, lo cual significa que no cuentan con los ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas. ***“Con una perspectiva de largo plazo, la incidencia de la pobreza en 2000 y 2001 mantuvo el estancamiento en los niveles prevalecientes desde 1994” (Proyecto Estado de la Nación, octavo informe, 2001:95).*** Para el año 2002 el índice de pobreza se mantiene estable por noveno año consecutivo al registrar la pobreza, medida como insuficiencia de ingreso, en un 20,6% de los hogares. (Noveno informe Estado de la Nación, 2003)

La pobreza se define como un problema complejo que implica privación, esto es, insatisfacción de necesidades y pocas oportunidades, impotencia, imposibilidad de acceso al poder político, a la educación, a la salud y a la vivienda digna. Detiene la posibilidad de mayor participación social y se expresa en una sociedad más vulnerable a la violencia y al efecto de los fenómenos naturales.

El incremento del PIB no ha correspondido a una mejora en las condiciones de vida de los hogares costarricenses lo cual ha dejado al descubierto que la inversión social sigue siendo muy baja. El efecto Intel ha demostrado que el PIB ha llegado al 8% pero que en la realidad sin este efecto, que en términos reales no aporta una inyección a la economía nacional, el crecimiento llega entre el 1 % y el 2 %. Para el 2001 este incremento llegó apenas al 0,9% respecto al año 2000.

Esto deja claro que las industrias más dinámicas en crecimiento no son las consideradas primarias o terciarias sino las de servicios. De tal manera que el ingreso interno no aumentará más allá del aumento de la población con lo cual el ingreso per cápita se mantendrá estancado. ***“A menos que se logre reactivar el mercado interno, básicamente la construcción y la agricultura, sectores que generan más empleo no calificado y cuya expansión impacta más, la pobreza no va a disminuir” (Juan Diego Trejos, Se acabó la ilusión. Semanario Universidad, 22 al 28 de noviembre del 2000)***. El desempleo abierto subió del 5.6 % de la población económicamente activa en 1998 al 6 % en 1999; el ingreso promedio real por familia ha tenido un comportamiento irregular, pero para 1999 representó 92. 211 colones que son similares para 1994.

De acuerdo a los diferentes informes consultados, el análisis de los indicadores sobre distribución de la riqueza muestra ampliación de las desigualdades sociales a excepción del año 2002 en que se mantuvo prácticamente igual al anterior, sin embargo para el 2003 el valor alcanzado es de 0,425 el cual supera al 0,412 que prevalecía para el año 2000 (Décimo informe del Estado de la Nación, 2004). La medida más tradicional de concentración del ingreso, el coeficiente Gini, hasta el 2002 ha venido mostrando un aumento, (recordemos que el valor de este indicador tiende a ser alto cuando la distribución del ingreso es menos equitativa). Este aumento se explica en buena medida por el tipo de crecimiento económico que ha mostrado el país en los últimos años, el cual ha sido muy concentrado en actividades aisladas que tienen poca relación con el resto de la economía nacional. Esto demuestra que el modelo de desarrollo

económico, ha implicado un modesto crecimiento y que este crecimiento ha beneficiado principalmente a los hogares de ingresos relativamente más altos por lo que su incidencia en el problema de la pobreza es nula. El comportamiento ascendente de este indicador es bastante significativo en la última década, en 1990 el coeficiente de Gini fue de 0,374 y en el año 2002 fue de 0,430.

Por otra parte se da una llamada de atención a partir de los resultados del índice de vulnerabilidad a la pobreza, el cual mide el número de hogares no pobres que se encuentran en peligro de caer por debajo de la línea de pobreza, este indicador alcanzó el nivel más elevado de la década. De igual manera se mantienen o se acentúan las brechas en desarrollo por regiones, la región Chorotega y la Brunca siguen teniendo los mayores porcentajes de hogares pobres (35.5 % y 34.1 % respectivamente para 1999 y para el 2002 la región Brunca registró un 41,7% y la Chorotega un 37,2% de la población).

Pero con todo esto Costa Rica se ubica en un puesto aceptable, entre los primeros cincuenta países en desarrollo humano en el mundo, sin embargo; deben considerarse las variaciones en cuanto a equidad de género, promedio de escolaridad de la población, desempleo y calidad del empleo.

Otro dato para el análisis corresponde a la brecha entre las diferentes regiones, esto nos permite entender aun mejor el impacto que las políticas neoliberales y la globalización están generando sobre la sociedad costarricense. La región Chorotega por ejemplo que constituye la región más extensa pero menos poblada de Costa Rica, se ha visto en la encrucijada entre cambiar sus formas tradicionales de producción (agrícola y ganadera) hacia el sector servicios (turismo) vinculando así al país con los mercados internacionales. Esto no resuelve la situación de la región, más bien la vuelve más crítica porque se acentúa la distribución de polos de desarrollo y polos de mayor marginalidad; por otra parte las actividades de la economía de servicios y pequeña producción son

estacionarias y durante gran parte del año no absorben la fuerza de trabajo que se considera es subutilizada en un 17,9 %.

La región Brunca por su parte ha tenido que luchar contra la influencia internacional en la producción del banano, la quiebra de esta actividad productiva que ha sido la actividad económica de la zona desde principios de siglo, ha sumergido a esta zona en la pobreza de la cual no ha podido salir a pesar de las infructuosas medidas estatales para tratar de compensar la pobreza.

Es necesario referirse en última instancia y no porque sea menos importante al impacto que la realidad costarricense dentro del contexto neoliberal tiene sobre los grupos específicos de la sociedad. Por ejemplo es necesario rescatar que en términos de desempleo abierto las tasas por grupos de edad han aumentado considerablemente para el grupo de 12 a 24 años, de 8.2 % en 1994 a 13 % en 1999, comportamiento que no se da en los grupos de 25 a 59 años. La población joven en Costa Rica y el resto de países de América Latina y el mundo constituye uno de los sectores más vulnerables. Una política económica de crecimiento acelerado, de mayor eficiencia en la producción y de reducción en los gastos que no estén dirigidos a la reproducción del capital, no contempla la posibilidad de “desviar” recursos para fortalecer la calidad de vida de este sector y procurar por lo tanto asegurar su futuro en el mundo adulto. En la cumbre de presidentes llevada a cabo en Panamá en el año 2000 se analizó la situación de la niñez y la adolescencia en la región; la UNICEF reveló que de los 200 millones de niños y adolescentes de América Latina y El Caribe, 100 millones viven algún grado de pobreza y más de 20 millones deben trabajar en vez de estudiar para poder vivir. (*Cumbre enfrenta desalentador cuadro infantil. Semanario Universidad, 22 al 28 de noviembre del 2000*).

Otro capítulo importante a considerar es el estado actual de desarrollo de las mujeres costarricenses. Aunque este grupo de población ha logrado en los últimos años mayores avances en lo que se refiere a equidad y oportunidades,

sigue siendo el grupo más afectado por la violencia y por condiciones de discriminación social y económicas. La incorporación de la mujer a la fuerza productiva en variadas fuentes de trabajo, constituye una importante inyección a la economía, sin embargo este grupo requiere de una serie de políticas sociales que le permitan disponer de su tiempo y recursos para equilibrar la doble jornada, esto es su dedicación tanto a las actividades productivas económicamente, como al cuidado de la familia. Esta situación demanda de la enfermería una visión más integral, ya que se deben considerar varias dimensiones para la atención de este grupo de la población; en el campo asistencial la dimensión biológica tiene que ser analizada a partir de la realidad socioeconómica, cultural y política como determinantes de la enfermedad. También en la formación académica, así como en el ejercicio profesional en la atención primaria, la enfermería debe definir sus propuestas de investigación e intervención a partir de estos determinantes.

En 1999 las mujeres representaron el 33,1 % de la población económicamente activa total y desde 1994 esta población crece más rápidamente que la masculina. Sin embargo el desempleo ha ido aumentando, para 1999 alcanzó el nivel más alto con un 8,2 %, esto en relación a un 6 % del promedio nacional y frente a un 4, 9 % del desempleo masculino, esto representa condiciones importantes de desigualdad de género. Por otra parte se tiene que un 23,1 % del total de hogares en 1999 era jefado por una mujer, para el año 2001 este porcentaje subió a un 32%. La violencia intrafamiliar se ha convertido en la principal amenaza para la vida y la seguridad de las mujeres costarricenses. Se tiene además que el 85 % de la población infantil y adolescente sometida a prostitución son mujeres y que el embarazo en adolescentes se ha incrementado en un 25 % y para el grupo menor de 15 años este incremento llegó al 65 %.

Todo esto nos lleva a una visión crítica de la realidad nacional; en este sentido, la enfermería ha respondido desde sus diversos ámbitos para atender la problemática de los grupos sociales; sin embargo debemos comprender que no es suficiente la implementación de programas y acciones; que es necesario la

participación de nuestra disciplina en la formulación de políticas sociales, el compromiso social nos obliga a actuar como un grupo profesional vigilante del cumplimiento de estas políticas y de la protección de los sectores marginados.

Otros datos sobre la realidad nacional indican que en el año 2002, de cada tres ocupados dos eran hombres y uno mujer, lo que nos da una cifra de 34,7% de mujeres ocupadas sobre un 65,3% de hombres. En cuanto al sector formal casi no se dan diferencias (el 49% son hombres y el 51% mujeres). Para el sector informal las diferencias son más evidentes, el 44,5% son mujeres y sólo un 4% de ellas está en el sector agropecuario. (Informe del Estado de la Nación, 2003)

Este panorama de condiciones sociales de las mujeres y de la población costarricense en general, muestra líneas críticas que van a requerir un aporte económico importante para el mejoramiento de estas condiciones ; el porcentaje de inversión social debe ser considerablemente mayor que en años recientes, de lo contrario las condiciones de pobreza no cambiarán , pero nos preguntamos, si el gobierno de turno podrá dar repuesta a las necesidades de la población, a la vez que responde a las presiones nacionales e internacionales de las políticas neoliberales.

En el informe del año 2002 se comprueba que uno de los principales logros en materia de desarrollo humano es el disfrute de una vida larga y sana. En este año se registra la mayor esperanza de vida para los y las costarricenses (76,3 para los hombres y 81 años para las mujeres). La mortalidad infantil es de 11,2 por mil, sin embargo se deben señalar diferencias importantes en áreas rurales de menor desarrollo. La tasa de fecundidad alcanzó su cifra más baja con lo que no hay duda sobre el futuro de la estructura poblacional. Esta situación tiene grandes implicaciones para el futuro, entre las principales están las demandas en los servicios de salud y en las pensiones, para la enfermería esto significa un reto.

Por otra parte se tiene que las principales causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, los tumores y los hechos violentos, como accidentes, homicidios y suicidios. En la mayoría de ellas se presenta una sobre mortalidad masculina. En este sentido la enfermería aporta los elementos para definir una práctica en cuanto a la atención en salud en Costa Rica, sabemos que tradicionalmente las políticas se han enfocado principalmente a la protección materna e infantil, lo cual excluye a la población laboral tanto masculina como femenina. Además de que los programas van dirigidos a dar respuesta a la morbilidad. En este sentido la tradición de nuestra disciplina en el campo de la promoción y la prevención señala pautas fundamentales para la transformación de esta visión.

De acuerdo al último informe del Estado de la Nación (2003), las políticas de salud en Costa Rica para el periodo 2002-2006 van dirigidas hacia la organización y gestión de estrategias para la producción social de la salud, tomando en cuenta la participación social. Los ámbitos y las áreas prioritarias de intervención son el fortalecimiento y consolidación del sistema de salud. Para esto se propone mejorar el desempeño de las instituciones, la coordinación intersectorial, la vigilancia epidemiológica y la formación de recursos humanos.

En cuanto a equidad, universalidad y acceso; las áreas de intervención son el fortalecimiento de la atención primaria, la protección de los derechos humanos, la atención integral de las enfermedades no transmisibles, la atención en salud mental, la atención a la violencia social e intrafamiliar. Salud y derechos sexuales reproductivos y acceso y calidad de los servicios de salud. Otros ámbitos corresponden a recreación y promoción de la salud y salud ambiental y desastres. Como podemos ver todos estos compromisos forman parte de la Agenda Nacional Concertada del Sector Salud.

Sin embargo nos encontramos ante un panorama bastante contradictorio, ya que estas políticas cuentan con una serie de situaciones que constituyen

obstáculos para su ejecución. Por ejemplo en cuanto a cobertura del seguro de salud para el año 2002 el 61,8% de la población económicamente activa (PEA) asalariada y un 34,6% de la PEA no asalariada estaban asegurados.

Por otra parte el presupuesto que se destina para la atención de la salud no coincide con lo que requiere la población. Por ejemplo, para el 2001 el gasto en salud aumentó en un 4%, y representó el 30% del gasto social, el 20% del gasto público y el 5% del producto interno bruto (PIB). Este se considera el mayor en crecimiento progresivo del gasto social. Sin embargo el 77% del gasto en salud se deriva hacia los servicios curativos, el 17% corresponde a atención primaria y el 2,5% a los programas de nutrición.

Este análisis de la realidad sobre desarrollo humano, es el marco de trabajo en el cual se desarrolla la práctica de la enfermería. La realidad nos muestra una incongruencia entre estas políticas, el desarrollo de las acciones para su cumplimiento y los resultados, los cuales se deben reflejar en el nivel de bienestar de la población.

El ejercicio de la enfermería nos permite reconocer cotidianamente esta incongruencia, por lo que nuestra participación tanto en la definición y seguimiento de las políticas, como en la identificación de la problemática de salud de la población, constituye la clave de una práctica responsable. Para esto se requiere una profesión comprometida, que dedique sus esfuerzos en investigación, educación y gerencia a la definición de una posición que aporte a la transformación social que tanto añoramos.

¿Cuántas veces se plantean estas cuestiones en los diferentes foros de enfermeras y enfermeros a nivel mundial y nacional? Entonces finalmente podríamos preguntarnos: ¿a cuál sociedad está respondiendo la enfermería actual?

En definitiva si aspiramos a entrar en un nuevo paradigma, con una interpretación dialéctica de los problemas sociales, en los cuales se determinan los problemas de salud. Esto nos permitirá una transformación de la práctica, por lo tanto, la construcción del conocimiento futuro en enfermería debe dirigirse hacia el estudio de estas condiciones y a partir de aquí establecer sus dominios.

1.2.2.- EL ESTADO DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

La inquietud por la profundización en el estudio del conocimiento en enfermería es bastante nueva en nuestro país. Uno de los principales obstáculos para esto, constituye la ausencia casi total del conocimiento y del intercambio con la producción a nivel internacional.

Cuando se hace una revisión a partir de las publicaciones en enfermería, se empieza a construir una comprensión del desarrollo epistemológico de la disciplina a nivel mundial. Lo anterior se complementa con la consulta en diferentes bases de información; todo esto viene a dar forma a una aproximación sobre el estado de la cuestión que va a apoyar el problema de investigación.

Varias publicaciones, tanto de estudios y análisis históricos, teóricos, filosóficos y metodológicos como investigaciones empírico - positivistas y empírico - fenomenológicas, representan una muestra de lo que hasta el momento ha sido la construcción del conocimiento en enfermería. El presente apartado muestra una revisión minuciosa de este tema.

En primer lugar, mencionaremos el aporte de los estudios que hacen una revisión histórica de la producción del conocimiento en enfermería, en este sentido destacan diferentes autoras en la construcción de la teoría en enfermería. (Torres, 1986. Shafer, 1987. Kim, 1989. Munhal, 1986. Cull Wilby, 1986. Marriner - Tomey, 1994. Kérouac y otras 1996. Kikuchi, 1994. Johnson, 1977. Newman, 1994).

Shafer (1987), hace un análisis filosófico de la teoría en la enfermería clínica, en su artículo describe los alcances de las diferentes posiciones filosóficas y su influencia en la enfermería. Este análisis concluye con lo que para Shafer es una inconsistencia entre la filosofía del cuidado y la tendencia positivista. Como Shafer, muchas autoras dedican gran parte de su trabajo al estudio de nuevas formas de investigación en enfermería que nos conduzcan a encontrar la verdadera esencia. Se puede hablar de un consenso en el cual la investigación fenomenológica, se ve como la principal estrategia. (Ling y Luker, 2000. Webb, 1996. Gortner, 1990. Da Gracia, 1997. Rawnsley, 1998. Rolfe, 1995. Twin, 1991. Godkin, 2001. Emblen y Pesut, 2001).

Otra autora que escribe sobre el desarrollo histórico de la teoría en enfermería, es Gertrude Torres (1986); en su artículo destaca la importancia de conocer el pasado para comprender el presente. El conocimiento en enfermería debe incorporarse a la práctica y se menciona con frecuencia que uno de los principales factores que afectan el desarrollo de la enfermería como ciencia es precisamente la falta de articulación entre investigación, teoría y práctica. Torres, hace un análisis de las teorías escritas a partir de 1952 hasta 1979, con el objetivo de señalar semejanzas y diferencias; con esto establece cuatro categorías principales: las teorías que se centran en el ambiente, las necesidades, la interacción y las que se enfocan en la teoría de sistemas. Así mismo señala el comportamiento de la construcción del conocimiento, el cual ha tenido como eje estas categorías. Entre algunas de las conclusiones que encontramos en el trabajo de Torres es que la mayoría de las teorías presentan diferentes definiciones de la enfermería, las cuales en algunos casos difieren significativamente pero todas tienen una gran tendencia hacia el cuidado.

Para Cull Wilby y Pepin (s/f) antes de 1950, la mayor parte del conocimiento se desarrolló a partir de postulados teóricos, las preposiciones teóricas fueron derivadas de observaciones clínicas, del conocimiento personal y del pensamiento clínico y no como producto de la investigación. Estas autoras proponen como

presente emergente, la valoración del conocimiento desde la perspectiva de enfermería; el método lógico empirista no se considera apropiado para esto. Llama la atención que para Cull Wilby y Pepin, el paradigma historicista ha influenciado recientemente la enfermería y ofrece una forma de analizar y profundizar en el conocimiento.

Newman, Sime y Corcoran - Perry (1991) en su artículo ***The focus of the discipline of nursing***, concentran la atención en el objeto de la enfermería como disciplina científica, éste se define a partir de los conceptos centrales: persona, ambiente, enfermería y salud. De acuerdo a estas autoras la producción del conocimiento enfermero se ha enfocado principalmente hacia dos conceptos: salud y las experiencias de salud de las personas. Esto ha determinado una importante línea de estudio que ha sido desarrollada por otras autoras como Watson (1985,1988), Lenninger (1984, 1990), Benner y Wrubel (1988, 1989), Stevenson y Tripp - Reimer (1990), Morse y otras (1990) , todas citadas por Newman y otras(1991).

Varias autoras posteriormente se han preocupado por dilucidar cuál ha sido el desarrollo del pensamiento en enfermería, entre ellas, Meleis, A (1987) , quien menciona que el conocimiento se desarrolla de acuerdo a cinco enfoques : el silencioso, el cual se da por la incapacidad de conceptualizar la práctica, lo que da como resultado que se siguen las conceptualizaciones de otras disciplinas, esto corresponde al conocimiento adquirido, el cual constituye el segundo enfoque; el conocimiento subjetivo se da en la medida en que se utiliza su propio entendimiento y comprensión . Como cuarto enfoque menciona el conocimiento de procedimiento, éste utiliza la objetividad como medida para corroborar la verdad a través de la observación repetida, con esto es posible el desarrollo de teorías empiristas. Por último el conocimiento construido desarrolla teorías que se aproximan al conocimiento como un proceso inacabado. De esta manera según la propuesta de Meleis, el análisis de la producción del conocimiento cuenta con

una “fórmula” que sin embargo, puede variar conforme se profundice en este tipo de estudio.

El pensamiento de Afaf Meleis constituye uno de los grandes aportes a la epistemología de la enfermería, en su artículo ***Epistemology: the nature of knowledge (1987)***, parte de varias premisas, una de ellas no puede dejarse de lado en este análisis ya que declara que, nuestras vías para encontrar el conocimiento y ver el mundo desde la perspectiva de las enfermeras y sus clientes, no han sido fuertemente articuladas. Una segunda premisa señala que la presentación de las ideas se da en un proceso y en un progreso continuo, que cuando las ideas se presentan el proceso ya ha cambiado, sin embargo esto es una oportunidad para el desarrollo de nuevas ideas. Para Meleis el conocimiento crece cuando se considera el que ya existe en la disciplina; si un campo de conocimientos ha sido o no bien identificado, éstas son condiciones determinantes para el desarrollo de la disciplina.

Para Afaf Meleis (1985) ha sido tan importante la producción de teorías como la posibilidad de comunicar el trabajo científico, en este sentido la primera publicación científica en enfermería, la *Nursing research* en 1952, se convirtió en un hito porque abrió la posibilidad de que esta producción además de que se conociera, pudiera ser objeto de escrutinio por un grupo importante de personas. A partir de este momento se da un enfoque que tiene como propósito establecer una crítica sobre la producción, y organizar las principales tendencias para generar un cuerpo de conocimientos con lineamientos definidos que puedan orientar hacia donde va este conocimiento o hacia dónde debe dirigirse.

En esta discusión, según Meleis (1985) han surgido dos orientaciones diferentes, por una parte enfermeras orientadas al estudio de las teorías generales y su aplicación en la práctica (*nursing Theory advocates*) y por otra parte un grupo de enfermeras preocupadas por la veracidad de las teorías y su capacidad para influir sobre la práctica, la investigación, la administración y la docencia

(*nursing theory synthetizers*), esta forma de organizar el análisis del conocimiento corresponde a una estrategia epistemológica importante que podría estar dando sus frutos a partir de la década de los noventa.

El estudio histórico que nos presenta Meleis y su riguroso análisis sobre la producción del conocimiento en enfermería, representa un gran aporte para establecer una interpretación del estado actual del conocimiento en enfermería.

Por otra parte Bárbara Carper (1978), habla de patrones del conocimiento en enfermería, para hacer referencia a la manera en que ese conocimiento debe ser organizado, estructurado y aplicado; lo anterior corresponde al conjunto del saber de la disciplina que sirve como base para la práctica de la enfermería.

En este sentido interesan cuatro patrones principales que corresponden a conocimiento empírico, el cual ha prevalecido en la enfermería especialmente durante la segunda mitad del siglo XX. El patrón de conocimiento estético que se refiere al arte, esto significa que dentro de la disciplina existe una serie de aportes prácticos que configuran una de las áreas que más atención ha tenido en la historia de la enfermería científica. El conocimiento personal constituye la reflexión que obligadamente se debe hacer a la hora de interactuar con las personas. Por último tenemos el patrón ético que se relacionan en gran parte con el anterior, en este caso la reflexión estriba en lo que es correcto o incorrecto de la moral enfermera (Carper 1978).

Este conjunto de conocimientos sirve como base para la práctica de la enfermería, estos patrones constituyen horizontes que corresponden a la expresión de una manera característica de pensar con relación a los fenómenos. Sobre el patrón empírico, la autora refiere que:

Parece haber un consenso general de que hay una necesidad crítica de conocimiento empírico, conocimiento que está sistemáticamente organizado en leyes y teorías generales con un objetivo de describir, explicar y prever fenómenos de interés especial para la disciplina de enfermería (Carper, 1978:34).

Sin embargo es importante destacar que esta misma autora, considera que en enfermería encontramos estructuras conceptuales coexistentes que no demuestran tener grandes divergencias, ni un amplio grado de explicaciones sistemáticas y abstractas integradas como ciencia. Ninguna de estas estructuras conceptuales es aceptada como un ejemplo de práctica científica real, ya que no constituyen leyes, teorías o elementos de aplicación para la práctica. Este es el principal problema que enfrenta la enfermería en la construcción del conocimiento, en la mayor parte de los países de América Latina y del mundo, la práctica no ha sido transformada por la teoría de enfermería y esto es significativamente importante para constituirse como disciplina científica. Además al referirse a estos patrones de conocimiento, Meleis menciona que: ***“Un patrón de conocimiento por sí mismo no descubrirá todo el conocimiento necesitado para una ciencia humana y orientada a la práctica” (Meleis, 1997:148. Traducción propia).***

Para Fawcet (1983) la comprensión de la naturaleza de la enfermería está basada en la generalización de los cuatro conceptos que ella señala como: persona, ambiente, salud y enfermería. Estos constituyen conceptos que han sido mencionados durante el desarrollo de la enfermería. Para esta autora, la persona recibe la enfermería, en un ambiente en que la persona existe, el continuo salud - enfermedad con el cual la persona vive todo el tiempo que interacciona con la enfermera.

La generalización de estos cuatro conceptos que para Fawcett constituyen la fundamentación de los meta paradigmas en enfermería, deben ser objetivamente observados, y los resultados deben ser congruentes con el positivismo y la metodología positivista, en este sentido cabe señalar que se encuentra una gran concordancia entre lo estudiado respecto a positivismo y las propuestas teóricas que encontramos en enfermería. El gran aporte de Fawcett constituye su estudio sobre los modelos conceptuales en enfermería.

Peter Drapper (1993) con su artículo ***A critique of Fawcett's conceptual models and practice: the reciprocal relationship***, responde a la publicación de Fawcett en 1992 en la cual ella argumenta que los modelos conceptuales transforman la práctica de la enfermería a través de la experiencia y el conocimiento y que a la vez la práctica transforma los modelos conceptuales. Drapper señala que la visión de Fawcett sobre la relación entre modelos conceptuales y práctica sigue una tradición positivista que no es consistente, Fawcett considera que los modelos conceptuales de enfermería son en esencia científicos, para Drapper esto no es así y considera que no han dado evidencia de que han tenido algún beneficio para la enfermería. Este tipo de discusión nos sirve de ejemplo para demostrar que la construcción del conocimiento en enfermería ha seguido un camino productivo a partir de la incorporación de aportes tan importantes como la teoría de la relatividad de Einstein y las propuestas de Kuhn sobre paradigmas y relativismo.

Por otra parte, Patricia Munhal (1986) siguiendo a Kneller (1971), citada por ella misma, considera que el conocimiento enfermero se basa en fuentes específicas como el conocimiento revelado, místico o espiritual, el conocimiento intuitivo, racional y empírico, y está de acuerdo con Carper en los patrones del conocimiento que ella propone. Se refiere a los paradigmas y meta paradigmas propuestos por Fawcett, así como a los métodos epistemológicos que podrían dar una luz a la investigación epistemológica en enfermería.

Kérouac y otras (1996) hacen una revisi3n de los trabajos de Newman, Sime y Corcoran - Perry (1991), quienes definen una terminología para definir las corrientes del pensamiento enfermero según las fuentes filos3ficas en que son inspiradas. Esta clasificaci3n incluye el paradigma categorico, el paradigma de la integraci3n y el paradigma de la simultaneidad. El estudio de los paradigmas y su fundamento filos3fico, constituye otra direcci3n en el estudio epistemol3gico de la enfermería, esto puede llegar a dilucidar en parte la discusi3n sobre el carácter cientifico de la disciplina.

Si consideramos dos paradigmas principales en el estudio del conocimiento, el paradigma positivista y el fenomenol3gico, como los que definen el desarrollo teorico y metodol3gico de la enfermería; tenemos que de aquí se plantean tres paradigmas fundamentales: en primer lugar el paradigma de la categorizaci3n que responde a la propuesta causa - efecto orientada hacia la enfermedad, propia de las ciencias duras y biol3gicas y que hist3ricamente ha sido el que ha prevalecido en la investigaci3n y en la práctica. El paradigma de la integraci3n que corresponde a un esfuerzo por apartarse del anterior y dirigirse de nuevo hacia la salud de la persona en todas sus dimensiones, física, mental y social. Por último tenemos el paradigma de la transformaci3n, en este caso se cuestiona el papel de la enfermera o el enfermero como sujeto (a) de estudio, se da una consideraci3n diferente de la relaci3n persona - enfermera (o) porque se cuestiona lo individual, dando un énfasis especial a lo colectivo, además se plantea una transformaci3n de la participaci3n unilateral que la disciplina ha venido desarrollando por una práctica compartida con las personas objeto de nuestro trabajo. (Kérouac y otras 1996).

Tomando en cuenta otra direcci3n muy interesante que ha tomado la investigaci3n epistemol3gica en enfermería, podemos citar la línea seguida por Susan Gortner (1991). Este enfoque resulta ser más estructural y sustantivo, y se propone hacer una crítica a partir de la sintaxis de las corrientes filos3ficas que influyen en el conocimiento enfermero. Gortner introduce la discusi3n sobre

la influencia del humanismo, la posmodernidad, el empirismo, la hermenéutica, la teoría feminista y la teoría de crítica social. En esta línea encontramos los trabajos de Hutchinson (1993) sobre la gran teoría, Holmes (2000) sobre implicaciones del posmodernismo para la teoría de enfermería, Rawnsley (1998), Cash (1997) sobre epistemología, género y teoría de enfermería, Gadow (1995) sobre una epistemología dialéctica de la enfermería, Kendall (1999) quien ha trabajado el análisis de la práctica de la enfermería a partir de una aproximación a la gran teoría y al análisis utilizando la codificación axial, y Glazer (2000) sobre enfermería posmoderna.

Otro campo de discusión que ha tenido gran acogida en la construcción del conocimiento constituye la interrogante de la enfermería como ciencia o arte; como práctica o como una tecnología dentro de una gran disciplina de la salud y la enfermedad. Al respecto podemos citar a Johnson (1991), Rogers (1988), Whittmore (1999), Pressler (1987) Booth, Kenrick y Woods (1997) Antrobus (1997) y Cantoni (1996).

En lo que se refiere a la construcción del conocimiento en enfermería en España y América Latina, tenemos pocas referencias ya que la realidad es totalmente opuesta a la que encontramos en los países desarrollados. De acuerdo a la investigación ***Producción del conocimiento en enfermería en América Latina: El estado del arte***, de Marta Lenise do Pardo y Francine Lima Gelbcke (2000), se viene a demostrar nuevamente que esta producción está concentrada en Estados Unidos y que en América Latina es escasa. A partir de las décadas de los 70 y 80 se inicia un proceso de modernización de la enseñanza de la enfermería con la adopción de un modelo económico en Estados Unidos que indudablemente va a tener injerencia en nuestros países.

Los programas de post grado vienen a constituir el terreno para el desarrollo de esta tendencia hacia el estudio y la investigación. Por otra parte se

inicia una discusión importante sobre el conocimiento del cuidado y la teoría del cuidado.

Con este estudio sobre la producción del conocimiento se conoce que la investigación estuvo dirigida hacia una forma muy técnica de investigación científica y se consideraron líneas básicamente hacia las ciencias biológicas.

Posteriormente se inicia el énfasis sobre la reflexión epistemológica en enfermería y es en la década de los 90 en que esta producción del conocimiento se hace más amplia. Sin embargo para América Latina este conocimiento no es tan accesible como para otros países del mundo (con excepciones como Brasil, Chile y Colombia entre otros). El estudio demuestra para el caso de América Central una escasa influencia de este pensamiento.

La revisión presentada en este apartado muestra solamente una parte de lo que consideramos es una vasta producción del conocimiento en enfermería. Por otra parte la revisión además de permitir un conocimiento sobre el estado de la cuestión, será el punto de partida para analizar el conocimiento en enfermería en el pasado y en el presente, así como su pertinencia hacia la transformación de la práctica.

1.3.- LA INFLUENCIA EMPÍRICA EN EL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA

Profundizando en la influencia empírica y positivista.

La producción del conocimiento en enfermería ha estado influenciada por la experiencia, el conocimiento a posteriori desde los inicios del desarrollo de la enfermería hasta el presente es el que ha guiado este conocimiento. De manera que podemos llegar a la conclusión de que el empirismo como corriente epistemológica ha sido el pilar fundamental en la construcción de un conocimiento caracterizado por su calidad práctica.

Por esto cabe plantearnos la siguiente interrogante: *¿Por qué la enfermería es una disciplina empírica?*

El empirismo es una filosofía de la experiencia, considera que todo conocimiento parte de ella. De acuerdo a esto se concede un papel preponderante a la percepción como forma principal de conocer y a partir de aquí se inicia la construcción de representaciones mentales, es por esto que para muchos autores la razón es *tábula rasa*.

Francis Bacon (1561 - 1626) es considerado el introductor del empirismo y el método inductivo; pero además Bacon plantea que existen prejuicios que deben ser examinados en la investigación filosófica ya que estos pueden conducir a ocultar la verdad, Bacon expresa la preocupación por el error. (Marías, 1967), mencionar cuales son estos prejuicios es importante en este análisis para comprender la enfermería desde la filosofía empirista.

El primero de ellos corresponde al *Idola tribus*, prejuicios inherentes a la especie humana, la falacia de los sentidos, la tendencia a la personalización. En segundo lugar *Idola specus* el cuál hace alusión al mito de la caverna de Platón y lo ve como un prejuicio u obstáculo para llegar a la verdad, las tendencias y predisposiciones individuales pueden conducir a error. El *Idola fori* se refiere a los prejuicios generados por los ídolos de la plaza, con esto se refiere a los obstáculos sociales incluyendo el lenguaje. Por último para Bacon se da el *Idola theatri*, son los prejuicios de autoridad, poseer poder puede constituir un camino al error.

Tratando de encontrar puntos de concordancia entre la enfermería como una disciplina en la que se ha dado una construcción particular del saber y la corriente filosófica empirista, vemos que de acuerdo con los planteamientos de Bacon sobre la preocupación del error; conocer a través de la enfermería sería la forma más segura de llegar al error, en este sentido es necesario considerar que

al ser la relación interpersonal parte esencial en la enfermería, los prejuicios señalados serían difícilmente salvables. Por lo tanto querer encerrar al conocimiento enfermero únicamente dentro del empirismo ha sido un planteamiento equivocado.

Para Bárbara Carper (1978) existe un conjunto de conocimientos que sirven como base para la práctica de enfermería, estos conocimientos se organizan en patrones que constituyen horizontes y que corresponden a la expresión de una manera característica de pensar con relación a los fenómenos. Estos patrones han sido explicados ampliamente en el capítulo anterior. Sobre el patrón empírico Carper refiere que:

Parece haber un consenso general de que hay una necesidad crítica de conocimiento empírico, conocimiento que está sistemáticamente organizado en leyes y teorías generales con un objetivo de describir, explicar y prever fenómenos de interés especial para la disciplina de enfermería. (Carper, 1978: 18)

Tomando en cuenta de nuevo el pensamiento de Bacon (Marías, 1967) y su teoría de la inducción, esto es, que de una serie de hechos individuales que son agrupados de modo sistemático, tratados mediante un proceso experimental y lógico riguroso, surgen conceptos generales de los fenómenos y explicaciones de la naturaleza. En este sentido la construcción del conocimiento en enfermería ha carecido de esta rigurosidad propia del empirismo, sin embargo cabe señalar la tradición de la investigación empirista en Estados Unidos.

Por otra parte Locke (1632 - 1704), quien estudió filosofía, medicina y ciencias naturales, representa al expositor más prominente del empirismo, gracias a él esta filosofía dominó el pensamiento en el siglo XVIII. Para él, el origen del conocimiento es la experiencia; aquí no existe duda con respecto al conocimiento

en enfermería, en el cual la experiencia es lo fundamental, sin embargo el método para poder llegar a constituir un cuerpo de conocimientos sólidos no ha sido del todo acorde a la posición empirista. Por ejemplo para Locke el alma es como una tabla lisa en la que no hay nada escrito, no hay ideas innatas como se piensa en el racionalismo, éstas proceden de la experiencia y pueden ser de dos clases: percepción externa mediante los sentidos, y percepción interna de estados psíquicos, o reflexión, la cual opera a partir del material aportado por la sensación. (Marías, 1967)

Las ideas de Locke sobre el conocimiento nos ayudan analizar el patrón empírico en el saber de enfermería que menciona Carper. En su aporte sobre las ideas Locke distingue dos clases: las simples que proceden de la experiencia o de la reflexión, o de la reflexión y la sensación juntas, estas ideas dejan una huella en la mente y no pueden combinarse o asociarse. Por otra parte las ideas complejas resultan de la actividad de la mente y su formación surge de la memoria que combina o asocia las ideas simples, todas estas ideas proceden en última instancia de la experiencia.

A partir de lo anteriormente expuesto sobre la filosofía empirista de Bacon y Locke, podemos concluir que el pensamiento en enfermería por tradición ha sido dirigido por la experiencia, sin embargo esto no significa automáticamente que es un pensamiento empírico.

Tomando en cuenta los aportes de Florence Nightingale en su primer libro *Notas sobre Enfermería* (1991), se inicia una práctica científica de observación y explicación de los fenómenos donde la enfermería puede y debe actuar, sin embargo como lo señala Margaret Dolan en el prefacio de este libro:

A medida que uno lee estas notas queda impresionado por el hecho de que las necesidades fundamentales del paciente y los principios de un buen cuidado para el individuo sano y para el enfermo son lo mismo hoy que cuando fueron observados por Florence Nightingale hace más de cien años. (En Nightingale. Notas de Enfermería. Qué es y qué no es. 1991)

Con esta cita queremos ejemplificar que uno de los principales problemas en enfermería es la falta de comprobación de teorías y modelos conceptuales, así como la carencia de divergencias en las propuestas teóricas y una excesiva aceptación del conocimiento como válido. A esto es a lo que Locke se refiere cuando habla de ideas complejas, lo construido hasta ahora debe ser rigurosamente reflexionado. Puede ser que la tradición asistencial, unida a la concepción social conservadora de la enfermería como una disciplina subordinada a la práctica médica, guiada por la vocación y la compasión, hayan limitado las ansias de encontrar el conocimiento propio mediante la investigación. Esto es lo que creemos que sucedió con el pensamiento de Florence Nightingale, el cual debió haber alcanzado magnitudes científicas mayores, que hubieran permitido a la enfermería fundamentar su conocimiento en bases científicas sólidas, sin embargo creemos que su marco filosófico religioso no le permitió dar ese salto cualitativo.

Por otra parte el tiempo, esfuerzo y recursos que se dedican a la investigación (con algunas excepciones en América del Norte) son insuficientes para que tengamos cada vez más reflexión en la práctica y que ésta tenga como orientación la construcción teórica que surge de la investigación.

Así como se ha considerado que el pensamiento enfermero corresponde básicamente a una construcción empirista, se ha señalado reiteradamente en los tratados sobre el tema, que el paradigma positivista ha dominado la investigación

y la práctica en enfermería, a continuación trataremos de profundizar en esto con el afán de encontrar de nuevo puntos coincidentes y divergentes.

El positivismo corresponde a una tendencia idealista, específicamente al idealismo subjetivo, y sus orígenes están en el empirismo de Bacon, Hobbes y Hume. Sin embargo Augusto Comte es quien lo introduce en el pensamiento filosófico del siglo XIX. (Triviños,A 1987). Comte nació en 1798 y murió en 1857, y obtuvo una sólida formación académica en matemática y ciencias. Introduce como fundamento de la filosofía positiva la *Ley de los tres estados*, la cual es a la vez una teoría del conocimiento y una filosofía de la historia. Estos tres estados son el teológico, se refiere a un estado ficticio, provisional y preparatorio en el que la mente busca las causas y principios de las cosas, el metafísico o abstracto es esencialmente crítico y de transición y el estado positivo o real es definitivo, en éste la imaginación queda subordinada a la observación, la mente humana se atiene a las cosas (Marías, 1967).

Este estado corresponde a aquel que influye en la forma como se ha construido el conocimiento positivista, en este tipo de conocimiento, solo se buscan hechos y leyes, no causas ni principios de las esencias o substancias; esto quiere decir que los datos son lo principal. Por otra parte Comte hace una separación de las ciencias de acuerdo a una jerarquía u orden histórico, dogmático, científico y lógico (Marías, 1967) En esta jerarquía coloca a la matemática. la astronomía, la física y la química en los primeros lugares y posteriormente la biología y la sociología, este orden también responde a cómo han ido alcanzado su estado positivo. Para Comte y esto es un aspecto fundamental para la disciplina de enfermería, la biología y la sociología son ciencias de la vida y las últimas en salir del estado teológico - metafísico, para él otras disciplinas quedan disueltas en estas dos, por ejemplo no considera que la psicología sea una ciencia, ya que cree que la introspección es imposible, solo es posible la psicología experimental como ciencia. A pesar de que su pensamiento incluyó una preocupación por la historia, esta no aparecía en su lista ya que su

idea principal de ciencia era aquella en la que se aplicaba era el método de las ciencias naturales.

Esta breve mención del pensamiento de Comte y del positivismo puede apoyarnos en parte en nuestro análisis, sin embargo necesariamente debemos considerar que esta doctrina tiene diferentes momentos en la historia del pensamiento y que en la tercera etapa según menciona Triviños (1987), del pensamiento neopositivista surgen varias direcciones como el positivismo y el empirismo lógico, el conductismo y neoconductismo, todas estas corrientes del pensamiento tienen gran vigencia en la enfermería actual.

Si consideramos la jerarquización que hace Comte de las ciencias desde esta visión positiva, es de esperar que en enfermería quienes siguen esta filosofía adopten un modelo basado en la biología, la cual fue considerada por Comte la ciencia de la vida, en menor medida influye en la enfermería la sociología funcionalista. Lo anterior tiene una explicación en la historia misma de la enfermería, al estar la docencia y la práctica influenciadas por la medicina; recordemos que la enfermería tanto en Costa Rica como en el resto del mundo nace como una iniciativa médica, para responder a una necesidad que su práctica requería y que era la incorporación de una persona que atendiera las demandas del cuidado de las personas enfermas, así puede explicarse en parte la adopción de este modelo médico en la atención. Pero aquí es fundamental distinguir que hablamos de una medicina básicamente clínica y curativa, ya que no encontramos una influencia de la medicina social.

La literatura en enfermería escrita hasta nuestros días sobre este tema, se deriva principalmente de esta filosofía positivista, aunque deben considerarse las variaciones que resultan del desarrollo histórico del conocimiento. Por otra parte la metodología para llegar al conocimiento enfermero desde esta perspectiva debe ser congruente con la posición filosófica adoptada, así ésta influirá en la ciencia. El afán descriptivo, explicativo, predictivo y de control que caracteriza al método

positivista se identifica plenamente en el conocimiento enfermero hasta ahora construido, un ejemplo de esto lo señalan Medina y Sandín (1994), corresponde a la estructuración del saber de enfermería a partir de los diagnósticos de enfermería, los cuales se apoyan en una amplia metodología de validación. Esto corresponde a una visión puramente positivista en lo que se refiere al uso de los diagnósticos en la práctica, pero principalmente se percibe su gran influencia en la limitación de la construcción del saber profesional para cada enfermero o enfermera que ejerce esta disciplina.

Para estos autores: ***“En enfermería, los que propugnan una metodología científica aislada dentro de una epistemología positivista se hallan en esta línea. Autora representativa de este enfoque es Fawcet”.*** (Medina y Sandín, 1994:224).

La generalización de los cuatro conceptos (persona, ambiente, salud y enfermería) que para Fawcet constituyen la fundamentación de los metaparadigmas en enfermería, deben ser objetivamente observados, los resultados deben ser congruentes con el positivismo y la metodología positivista, en este sentido cabe señalar que se encuentra una gran concordancia entre lo estudiado respecto a positivismo y las propuestas teóricas que encontramos en enfermería.

Sin embargo se hace el siguiente planteamiento: *¿Es este el camino a seguir para una disciplina tan particular y a la vez tan vasta en lo que se refiere a la posibilidad de construcción de un conocimiento propio?* Lo anterior debe ser posible dilucidarlo a partir de nuevas propuestas filosóficas, epistemológicas, teóricas y metodológicas.

Esta discusión sobre los orígenes epistemológicos de la enfermería tiene un propósito fundamental, este propósito está guiado por el afán de encontrar nuevas interrogantes, nuevas explicaciones y nuevas propuestas.

De acuerdo a Lenise do Pardo y Lima Gelbcke, (2000), salvo algunas excepciones, en la producción del conocimiento se conoce que la investigación en enfermería en América Latina, ha estado dirigida hacia una forma muy técnica de investigación científica y se han considerado líneas básicamente hacia las ciencias biológicas.

Profundizando en la influencia empírica y fenomenológica

Parte de las ideas de Husserl sobre la fenomenología, están orientadas hacia la reducción fenomenológica, concepto que parte de su posición idealista. La percepción del objeto es indubitable como tal, en la creencia que acompaña a la percepción está la diferencia de la percepción de otra vivencia. Lo importante es la idea que parte de la percepción. Para Husserl la fenomenología es una ciencia eidética descriptiva de las esencias de las vivencias de la conciencia pura. (Marías, J 1967). Por eidético entendemos lo relativo a las esencias. Lo anterior es un principio del idealismo, según esta corriente toda la realidad está comprendida dentro de la conciencia del sujeto, lo único real es nuestra conciencia y lo que ella contiene; ser o existir es igual a ser percibido.

Con esto podemos concluir la congruencia que existe entre idealismo y fenomenología, sin embargo el idealismo objetivo o lógico, difiere en parte al considerar que hay una clara distinción entre el contenido de la percepción y la percepción misma, sostiene que los objetos son engendrados en alguna forma por el pensamiento.

Por otra parte, los puntos de discrepancia entre racionalismo y fenomenología son más grandes que los de coincidencia. En el racionalismo el conocimiento descansa esencialmente en la razón, en la fenomenología interesa la esencia del objeto pero a partir de la percepción no de la razón. El racionalismo de Descartes da gran importancia a las matemáticas, para él es la ciencia por

excelencia porque son rigurosas y progresivas. En la fenomenología los objetos estudiados no pueden reducirse a una interpretación matemática ya que al partir de la percepción, siempre constituyen objetos subjetivos, por otra parte interesa lo dado por el objeto, la descripción y no la interpretación matemática.

En ambas corrientes el conocimiento es a priori, pero para el racionalismo este conocimiento es captado por la intuición y la deducción matemática, para la fenomenología el conocimiento parte de la percepción captada por la intuición pero a partir de la que es simbólico o significativo para el que conoce; para Descartes esto no puede entrar en el mundo de la ciencia porque son ficticias no son claras, las reconoce como imágenes. Para el racionalismo el conocimiento intelectual trasciende el conocimiento sensible, lo cual no coincide con la fenomenología.

En la relación entre empirismo y fenomenología, tenemos que la corriente empirista es por excelencia opuesta al fenomenologismo aunque también hay importantes coincidencias. En primer lugar porque parte de la experiencia, es a posteriori y la idea es producto únicamente de múltiples experiencias. Lo más importante son los hechos para lo cual no interesa la esencia. En la comprobación del conocimiento no cabe a diferencia de la fenomenología lo subjetivo, esto convierte al sujeto en un ente neutral. En el empirismo se busca la causalidad mediante la experimentación, mientras que en la fenomenología el interés está centrado en lo dado del fenómeno no interesa establecer relaciones causales. El empirismo establece que hay una regularidad en la naturaleza, mientras que en la fenomenología no hay posibilidad de generalización porque los fenómenos son relativos no interesa medirlos como en el empirismo, sólo conocerlos.

La construcción del conocimiento en enfermería a partir de la segunda mitad del siglo XX, tuvo una orientación hacia la investigación fenomenológica en la búsqueda de una definición más humanista de la disciplina, especialmente cuestionándose las situaciones implicadas en la relación interpersonal. Así se

inició una tradición que se apartaba de la posición positivista pero que no tuvo influencia sobre el conocimiento de la enfermería en Costa Rica.

Esta visión de la ciencia permite conocer las cualidades de la transacción intersubjetiva con las personas, lo que ayuda a mantener su potencial humano. Así el conocimiento ontológico tiene su mayor expresión en las experiencias vividas por enfermeras y enfermeros y por las personas que reciben la atención.

En 1960 Paterson y Zderad, citadas por Oliveira y Barreto (2001: 177), iniciaron sus estudios dentro de esta visión fenomenológica y humanista del saber en enfermería y señalaron que para que la enfermería sea verdaderamente humanista, es necesario que el enfermero y la enfermera estén participando en la relación como un ser humano que siente, valora, reflexiona, conceptúa y se identifica con las ideas.

El hecho de que la influencia fenomenológica esté apenas dando sus frutos en la investigación en enfermería, nos permite considerar una vía que podría orientarnos en la construcción del conocimiento para el futuro, lo cuál sólo se podrá constatar con el análisis de este tipo de investigaciones y su pertinencia con la práctica.

CAPÍTULO II:

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS Y METODOLÓGICOS

El acto de conocer es propio de los seres racionales, y durante la historia de la humanidad esto ha constituido una de las razones que nos diferencia de otros seres. El conocimiento libera nuestra voluntad y nos permite ejercer nuestra autonomía, poder conocer es apropiarse del entorno, constituye en gran parte la diferencia entre mantenernos vivos o morir. El conocimiento desde que es una característica de los seres humanos, es complejo y se manifiesta en la cotidianidad de nuestras relaciones sociales. Pero existe una diferencia entre el conocimiento cotidiano y el conocimiento científico, esto es epistemología.

Entendemos por epistemología al estudio del conocimiento; el origen del término parte del griego que separado en dos vocablos: “episteme”, significa conocimiento, saber y “logos” se refiere a pensamiento, razón, estudio o teoría. “La epistemología o teoría de la ciencia es aquel conjunto de saberes que tienen a la ciencia (su naturaleza, su estructura y sus métodos) como objeto de estudio “. (Medina y Sandín, 1994)

La epistemología en enfermería se refiere a cómo nos acercamos a ese conocimiento y cómo históricamente nos hemos ido apropiando de él, es aquí precisamente donde la enfermería se diferencia de otras disciplinas en su desarrollo como ciencia. Varias autoras se han ocupado de estudiar este desarrollo histórico; indudablemente el análisis del pasado es fundamental en este momento para comprender el presente y plantearnos una dirección hacia el futuro. Para Afaf Meleis (1987) el desarrollo del conocimiento enfermero se ha dado de acuerdo a diferentes enfoques; entre ellos es el conocimiento silencioso, el que representa el enfoque predominante especialmente en la enfermería en Costa Rica. Esta forma de conocimiento se da en la medida en que las y los enfermeros muestran incapacidad para conceptualizar la práctica y no se da la búsqueda de un conocimiento propio, lo cual nos lleva al otro enfoque propuesto por Meleis, el conocimiento adquirido, el cual parte de otras disciplinas o de otras áreas del saber que la enfermería hace suyas para guiar su práctica, se distingue aquí por supuesto la medicina, la farmacología y áreas como la patología clínica. En estas

categorías propuestas también encontramos el conocimiento subjetivo que parte de la experiencia personal y que frecuentemente es despreciada ; el cuarto enfoque corresponde a un tipo de conocimiento objetivo, basado en un marco empírico y positivista que hasta ahora ha significado la posibilidad de avanzar en el desarrollo de la disciplina, se puede decir que este enfoque ha guiado la investigación y que tiene su máxima expresión en un estilo de investigación que no ha permitido el avance como disciplina independiente. Como propuesta actual Meleis menciona el conocimiento construido, en éste se desarrollan teorías de enfermería que dan una nueva configuración de la enfermería desde la construcción conceptual, teórica y metodológica, pero que hasta ahora no se ha reflejado en nuestra práctica. Una referencia más detallada de estos enfoques se presentará más adelante.

En este momento en Costa Rica nos encontramos ante un gran desafío, debemos entrar primero al conocimiento y el estudio de la producción, tanto de la filosofía como de la teoría de la enfermería a nivel mundial y posteriormente a la discusión y construcción de nuestra propia identidad como disciplina.

2.1.- HISTORICISMO EN ENFERMERÍA: UN RECURSO PARA ESTUDIAR EL CONOCIMIENTO

El término historicismo hace referencia a la filosofía según la cual todos los valores resultan de una evolución histórica. El historicismo como pensamiento contemporáneo sobre la teoría, es una reacción ante el cientificismo puro. Es caracterizado por los filósofos de la ciencia, quienes enfatizan los procesos de conocimiento en el descubrimiento y construcción de sistemas teóricos para explicar la realidad. En epistemología el historicismo se relaciona con la **Weltanschauung**, que corresponde a un concepto introducido a partir de 1950, para designar el análisis de las teorías a partir de los paradigmas, o la visión del mundo de los científicos (Shafer, 1987).

Vinculado a la economía política, Touraine nos dice que el pensamiento historicista en todas sus formas está dominado por el concepto de totalidad, este concepto reemplaza al de institución. Esta propuesta destaca la idea de progreso, la cual define la identidad del crecimiento económico y de desarrollo nacional. **“El progreso es la formación de una nación entendida como forma concreta de la modernidad económica y social,...” (Touraine, 1999: 66).** Esta idea corresponde a la modernización económica que tuvo como principal consecuencia transformar los principios del pensamiento racional en objetivos sociales y políticos generales.

Esta referencia es pertinente para definir una visión catalizadora de la enfermería que podría señalarse como transformadora.

Thomas Kuhn, quien posteriormente se concentró en la historia de la ciencia, descubrió que las ideas sobre la naturaleza de la ciencia eran cuestionables, en su libro *The structure of scientific revolutions (1962)*, Kuhn empezó a dar una importancia fundamental a la historia de las teorías y propuso que éstas estaban en constante cambio y que pueden ser reemplazadas por otras

totalmente incompatibles. (Chalmers, A, 1997) ***“... la teoría de la ciencia de Kuhn se desarrolló como un intento de proporcionar una teoría de la ciencia que estuviera más de acuerdo con la situación histórica tal y como él la veía” (Chalmers, 1997:127).***

Kuhn llamó *Ciencia Normal* al cuerpo de conocimientos surgidos de la investigación pasada, estos conocimientos son reconocidos por alguna comunidad científica particular durante un periodo de tiempo como fundamento para su práctica. Pero esta *Ciencia Normal*, señala Kuhn en algunas formas se extravía repetidamente:

Y cuando lo hace – o sea, cuando la profesión no puede pasar por alto ya las anomalías que subvierten la tradición existente de prácticas científicas – se inician las investigaciones extraordinarias que conducen por fin a la profesión a un nuevo conjunto de compromisos, una base nueva para la práctica de la ciencia. Los episodios extraordinarios en que tienen lugar esos cambios de compromisos profesionales son los que se denominan en este ensayo revoluciones científicas. (Kuhn T., 2001:27)

La enfermería como disciplina científica está viviendo esta transformación, el cuerpo de conocimientos que se ha creado a través de muchos años y a partir de hechos históricos de gran trascendencia social, ya no son suficientes. La teoría no se articula con la práctica; en este caso la disciplina tiende a buscar conocimiento nuevo, tiende a probar elementos que pueda articular aunque éstos no provengan de la práctica de esa disciplina.

El resultado, si no atendemos este momento crucial, podría ser continuar extraviados en un camino de conocimiento silencioso. El historicismo nos permite

retomar esta oportunidad y reflexionar en la construcción de un conocimiento profundo y propio.

Según Meleis (1985), citada por Shafer (1987), los factores epistémicos gobiernan el descubrimiento, desarrollo y aceptación o rechazo de las teorías, y entre los grandes aportes de Kuhn es el haber nombrado a la teorización como la matriz disciplinaria o el paradigma historicista. La historicidad o historicismo corresponde a la evaluación de las teorías con matrices disciplinarias, la tradición investigativa pone énfasis en la validez explicativa de las teorías más que en el análisis estructural.

El historicismo constituye el pensamiento contemporáneo sobre la teoría, como una reacción al cientificismo puro de las ciencias duras. El desarrollo y análisis de las teorías son consideradas a partir de los paradigmas o punto de vista de cada científico. El trabajo científico se fundamenta en el estudio cognitivo del conocimiento preexistente, pero la teorización se enfatiza en consideraciones a partir de un esquema conceptual propio de esa teoría.

El historicismo en enfermería se ve como una tradición investigativa que permite la evaluación de la teoría a partir de matrices disciplinarias y enfoques investigativos que permiten profundizar en el análisis estructural de la teoría y en su capacidad explicativa (Schafer, 1987). Por lo tanto estudiar la construcción del conocimiento desde esta visión va a aportar al conocimiento dialéctico del saber y no simplemente se limita a contar los hechos. Así el descubrimiento de la teoría se ve como un proceso en vez de un producto que surge de la actividad científica.

El estudio de la construcción del conocimiento en enfermería y su papel en la sociedad es investigado desde una perspectiva dialéctica, de aquí que ésta se considera como el punto esencial del análisis. Se busca con esto, estudiar el conocimiento en su integridad y en su desarrollo evolutivo, para afinar y aumentar

nuestra capacidad de comprensión, más profunda y más clara de la realidad existente.

2.2.- MATERIALISMO HISTÓRICO Y MATERIALISMO DIALÉCTICO

Todo conocimiento científico y filosófico tiene su origen en el conocimiento de los griegos. Es a partir de la lectura detallada de los grandes filósofos griegos como podemos llegar a aclarar qué es lo que queremos estudiar, pero lo más importante aún es desde qué visión del mundo.

Para Elí de Gortari (1979) la lógica nos permite estudiar aisladamente los elementos del pensamiento, incluyendo sus relaciones y las operaciones, con esto es posible hacer abstracciones de su desarrollo y sus transformaciones. La disciplina que se encarga de dicho estudio es la lógica formal. Esta lógica formal nos enseña cómo se utilizan los conceptos, los juicios y las inferencias para pensar de un modo ordenado, preciso, coherente, consecuente y riguroso. Para este autor la lógica formal es una parte necesaria pero no suficiente.

Por otra parte la lógica dialéctica estudia el conocimiento en su integridad y en su desarrollo evolutivo, con esto afina y aumenta nuestra capacidad de lograr una comprensión más profunda y clara de la realidad existente. La lógica formal se encarga de las formas mientras que la lógica dialéctica va más allá hacia los contenidos. La lógica formal es un caso particular y limitado de la lógica dialéctica. (De Gortari, 1979).

La dialéctica para Platón consta de dos partes: la primera va a consistir en una reunificación de lo múltiple, ver la totalidad de un conjunto. La segunda tiene una función contraria, analizadora y no sintética. En cuanto al conocimiento se da una marcada preponderancia de lo racional sobre lo sensible y se admite el apriorismo de nuestros conocimientos necesarios y universales en relación con la experiencia.

Aristóteles es el principal discípulo de Platón, y se convirtió en el máximo representante del materialismo. No admite el mundo separado y trascendente de las ideas ni como razón y fundamento del verdadero ser de las cosas ni como objeto del verdadero conocimiento racional y científico, como lo planteaba Platón. Introduce los principios de materia y forma; hace bajar las ideas a la tierra y las ha llamado formas. La materia es el sustrato general de toda sustancia corpórea.

La teoría del conocimiento científico, la lógica, nos muestra diferentes visiones de los fenómenos que se estudian y diferentes interpretaciones para estos fenómenos o problemas. Desde las reflexiones de Demócrito y de Platón se da una lucha entre dos corrientes filosóficas, el materialismo y el idealismo, como dos soluciones contrarias al problema del conocimiento, la relación entre pensar y ser, el espíritu y la materia.

***¿Qué quiere decir ser materialista en filosofía?
Comprender que el mundo circundante - el sol, la luna, las
estrellas (todo el Cosmos), la tierra, los montes, bosques y
mares, las plantas y los animales, las demás personas -
existen objetivamente, independientemente de la
conciencia humana, y que el propio hombre es una
pequeña partícula de este gran mundo, del cual procede y
en el cual vive. (Burlanski, 1981:6).***

Este es el problema fundamental de la filosofía y de la lógica; que es lo primario, naturaleza o espíritu, materia o conciencia, y a partir de esto se plantea ¿si es posible conocer el mundo?.

Después de considerar materialismo y dialéctica, se plantea en este estudio el materialismo dialéctico de Marx (1818-1883), Engels (1820-1895) y Lenin (1870-1924), quienes crearon la doctrina materialista del desarrollo dialéctico de la

naturaleza, la sociedad y el pensamiento humano. En esta doctrina se conjugan el materialismo filosófico con el método dialéctico para dar una explicación científica a los fenómenos de la naturaleza y de la sociedad humana, convirtiéndose en una ideología de la clase trabajadora. (Burlanski, 1981) De esta manera el materialismo dialéctico es más que una corriente epistemológica, es una filosofía que plantea una concepción científica de la realidad, enriquecida con una práctica social como el único criterio de verdad. (Treviños, 1987).

En relación a materialismo histórico y materialismo dialéctico, Henry Lefebvre (1976), señala que no se podría decir de mejor manera que no hay dialéctica si no hay movimiento, y que no hay movimiento si no hay proceso histórico, historia. Esto es lo que para Lefebvre decía Hegel, y lo que Marx y Lenin vuelven a decir. Que la historia es el movimiento de un contenido que engendre diferencias, polaridades, conflictos, problemas teóricos y prácticos, y que los resuelve.

Para este autor el ser humano es dialéctico, en primer lugar desde una visión ontológica del ser. Es identidad y negación, es movimiento y no solo se realiza en el Mundo Natural sino también en el Mundo Histórico.

Con este marco epistemológico, filosófico y social, debe abordarse el estudio de la construcción del conocimiento en enfermería y su papel en la sociedad. Con esto estaremos ubicando este conocimiento desde un paradigma que conduzca a una transformación de la praxis.

2.3.- IDEOLOGÍA Y PARADIGMAS EN ENFERMERÍA

Si consideramos que la ideología en su definición más pura, se refiere al tratado de las ideas según Destutt Tracy - 1754 a 1836 - (Gutiérrez G, 1984), para este autor las ideas se originan de las sensaciones; esta es una visión alejada de la realidad y del sentido político. En oposición a esta concepción bastante reducida, Marx y Engels dan una nueva dimensión al contenido de ideología, lo más importante radica en que es considerada como una falsa conciencia y un elemento de la superestructura, con esto la ideología pasa a ser un componente político. Para Engels la ideología es una falsa conciencia porque responde a la mediatización en que la sociedad se sumerge ante las condicionantes que ella misma se impone (Gutiérrez, 1984:113). La ideología vista desde esta posición está determinada por las condiciones sociales y de acuerdo a esta posición marxista, habrá una ideología burguesa que domina las relaciones sociales incluyendo la producción del conocimiento científico.

Engels (citado por Gutiérrez, 1984:115) explica cómo se forma esta ideología que domina a la sociedad ***“La sociedad se crea un órgano para la defensa de sus intereses comunes frente a los ataques de dentro y de fuera”***. En este sentido la ciencia se convierte en un instrumento que va a servir a una clase (poder) para servir de mediatizador que preserva el orden social y el “status quo”, ya que la ideología como componente de la superestructura, va a filtrarse hasta la infraestructura y va a determinar manifestaciones sociales como la ciencia y el arte.

Para entender la unión entre conocimiento e ideología, es necesario referirse al papel de las instituciones sociales, como un componente de la superestructura. La iglesia, la escuela, los partidos políticos, las organizaciones financieras y económicas, las organizaciones de atención a la salud, son instituciones de la superestructura que van a satisfacer las necesidades de la

población, así se convierten en instituciones que permiten la cohesión social en torno a una base económica que da seguridad.

Gutiérrez en su artículo sobre ideología incluye una discusión sobre el concepto y agrega una definición más amplia. Según Sánchez Vázquez:

La ideología es un conjunto de ideas acerca del mundo y de la sociedad que responde a intereses, aspiraciones o ideales de una clase social en un contexto social dado y que guían y justifican un comportamiento de los hombres acorde con esos intereses, aspiraciones o ideales. (Citado por Gutiérrez, 1984:116)

Aunque la definición amplía el concepto, básicamente mantiene la relación que hemos venidos analizando, si bien la ciencia aspira a convertirse en una representación o adecuación de la realidad, la ideología cumple una función práctica, adecuando para ello esa realidad a la cual la ciencia aspira, a los intereses y aspiraciones de un grupo.

Para Gramsci: ***“...la ideología abarca una consciencia y una ética, o normas de conducta, formando de esta manera una concepción del mundo”***. (Citado por Gutiérrez, 1984:117). Si la ciencia es la representación de la realidad concreta, esta realidad según sea vista por la ciencia corresponderá a esa visión de mundo que tenga esa comunidad científica y la sociedad a que pertenece.

Althusser señala cinco características de la ideología, en este caso interesa la tercera que dice : ***“ El bello engaño de la ideología tiene pues un doble uso : se ejerce sobre la consciencia de los explotados para hacerles creer que es natural su condición de tales” (Citado por Gutiérrez, 1984:121)*** y la cuarta característica que se refiere a la que está presente en todas las sociedades clasistas, es la que da una representación de lo real, lo cual está necesariamente

falseado por la orientación y tendencia que tiene (Althusser, citado por Gutiérrez , 1984: 121).

Las características que propone Althusser, permiten afirmar el carácter ideológico que inevitablemente tiene la ciencia, éste carácter no es una característica, sino que corresponde a la dirección misma que tomará el conocimiento científico según la visión de la sociedad en que se genera ese conocimiento.

Otros enfoques de teóricos del conocimiento, mantienen una posición muy escéptica ante estos planteamientos y sostienen el carácter neutral de la ciencia. Entre estas posiciones sobresale el pensamiento de Mario Bunge, quien ha sido durante muchos años uno de los principales epistemólogos no sólo de América Latina sino de el mundo.

Bunge se muestra sumamente crítico a la llamada Novísima Sociología de la Ciencia, que básicamente surge en contraposición a la tesis de Merton de que hay rasgos peculiares que caracterizan la investigación científica, estas características son de dos tipos : internas, para referirse a la coherencia lógica y la confirmación empírica. Por otra parte están las características institucionales que corresponden a la universalidad de la ciencia, el comunismo, el desinterés, y el escepticismo organizado. (Bunge Mario, 1995)

El movimiento de la Novísima Sociología de la Ciencia surge a partir de 1960 y señala el propio Bunge (1995), que sus profetas fueron Thomas S. Kuhn y Paul Feyerabend, ellos formaron parte de la rebelión contra la ciencia y la técnica influenciadas por las filosofías anticientíficas como la fenomenología, el existencialismo y la hermenéutica.

Continúa Bunge diciendo que muchos miembros de este movimiento, han adoptado la tesis de Marcuse, Habermas y otros miembros de la Escuela de

Frankfurt, entre ellos Hegel, Marx y Freud, de que la ciencia tiene un contenido ideológico y que busca legitimar la dominación burguesa.

Para Bunge no hay argumentos empíricos que justifiquen esta tesis. Ante esto continúa diciendo que si bien es cierto que la ciencia y la técnica modernas han evolucionado de la mano del capitalismo industrial y que la ideología contamina a las ciencias sociales.

Para Bunge:

Es cierto que las ciencias puras son utilizadas para fines económicos o políticos. Pero el hecho de que pueden ser utilizadas por cualquier régimen económico o político ¿no muestra acaso que son intrínsecamente neutrales? (Bunge 1995: 177)

Con esta posición vemos que es más difícil demostrar el carácter neutral de la ciencia que demostrar su carácter ideológico. Por otra parte su pensamiento parte desde una perspectiva epistemológica bastante reducida al considerar como ciencias aquellas que son las llamadas “puras”. Su posición ideológica deja ver cuál es la consideración que hace sobre las ciencias sociales.

La ciencia es una actividad social, entonces la ciencia es social y como tal no puede estar desligada de la ideología y del poder.

La discusión sobre el carácter ideológico de la enfermería como disciplina científica, constituye un aspecto nuevo. Cuando nos preguntamos: ¿A qué tipo de sociedad responde la enfermería? y ¿Cuál es su verdadero compromiso social?, nos referimos a cuestionamientos que buscan dilucidar su carácter ideológico. Si la enfermería es una disciplina eminentemente práctica, es lógico considerar una posición ideológica. Sin embargo los orígenes de esta posición, están en el

pasado y en la dificultad de distinguir entre el ejercicio profesional autónomo y el ejercicio definido por las instituciones de salud.

Para Fontoura y Heck (1997), existe una correspondencia de la enfermería con las ciencias sociales, especialmente la antropología, esta correspondencia empieza a verse también en la práctica. La representación social que se tiene de la enfermería, nos permite analizar aspectos fundamentales para definir este carácter ideológico. Al respecto Fontoura y Heck mencionan lo siguiente:

La enfermería es vista por la población como una representante del modelo biomédico. En su práctica utiliza términos que la representan, como el uso de vestimentas blancas, uso de instrumental, y particularmente un uso del lenguaje científico que dificulta la comprensión del doliente de su propia dolencia (Fontouran y Heck, 1997:235. Traducción propia).

Sobre este aspecto cabe que señalemos, los esfuerzos que el grupo de profesionales realizan para separarse de esta idea, sin embargo reconocemos una fuerte unión con la realidad de la práctica, por lo tanto una definición ideológica deberá ser construida a partir de la posibilidad de encontrar espacios para la discusión de este tema, el cual, además va a revelar como es lógico pensar, profundas contradicciones dentro del mismo grupo profesional.

Estas contradicciones pueden ser estudiadas profundamente, cuando analizamos el concepto de paradigmas y su connotación ideológica. Esta connotación con frecuencia es olvidada en los foros de discusión, por lo que podemos caer en el error de creer que el concepto se limita a una forma de pensar o hacer las cosas, olvidando que el paradigma de enfermería define el contenido ideológico de la disciplina.

Se atribuye a Thomas Kuhn haber abordado profundamente la discusión sobre los paradigmas que influyen el saber científico. Para él el progreso de la ciencia sigue un esquema caracterizado por pre ciencia, ciencia normal, crisis, revolución, nueva ciencia normal, nueva crisis.

Para Kuhn “ ***Un paradigma está constituido por los supuestos teóricos generales, las leyes y las técnicas para su aplicación que adoptan los miembros de una determinada comunidad científica***” (Chalmers, 1997:54) Pero lo más importante en el aporte de Kuhn al estudio del conocimiento es que considera fundamental el carácter sociológico e histórico de las comunidades científicas quienes adoptan un determinado paradigma de acuerdo a esto, es lo que va a determinar la perspectiva científica del objeto de conocimiento.

Para Alvira, citado por Medina y Sandín (1994), el paradigma es un conjunto de creencias y actitudes, una visión del mundo compartida por un grupo de científicos, que implica, específicamente una metodología determinada. Otra definición que aporta Giroux , también citado por Medina y Sandín (1994), se refiere a estructuras de racionalidad y a éstas las define como el conjunto de ideas y creencias, actitudes y sentimientos, así como también la práctica que mediatiza la relación del individuo con su entorno . Esta nueva concepción social e histórica de la ciencia nos lleva a lo que Kuhn define como el relativismo en la ciencia, posición que para la enfermería cobra gran significado porque nos permite entrar al análisis de nuestra disciplina apartándonos de posiciones dogmáticas. Las cuales nos han llevado a posiciones sumamente rígidas que han limitado la potencialidad creativa.

En enfermería la discusión sobre paradigmas es extensa y varias autoras se han referido extensamente a ellos. J. Fawcet (1983, citada por Medina y Sandín, 1994) elabora una propuesta basada en Kuhn que incluye una estructura taxonómica del conocimiento enfermero que incluye un metaparadigma (más allá del paradigma, que es la forma más amplia identificada por Kuhn) En esta

clasificación Fawcet incluye los modelos conceptuales y las teorías. Uno de los grandes aportes de Fawcet es su propuesta de que el metaparadigma está constituido por los conceptos de persona, ambiente, salud y enfermería; conceptos que más bien se convierten en categorías de análisis sumamente útiles para el estudio del conocimiento en enfermería.

Para Pessoa y otros (en Barreto, 2001), el saber en enfermería tiene sus inicios en la época de Florence Nightingale, a partir de este momento se da un desarrollo muy lento hasta 1950. La lentitud en la construcción de este saber está explicada a partir de las barreras que se anteponen al progreso, como los estereotipos sociales asociados a la condición de ser mujer, a la sobreposición de un tecnicismo sobre el saber teórico y al predominio en la enseñanza de los enfoques biologista, centrado en la patología y el ámbito hospitalario. En el momento en que se logra superar estas barreras se percibe un crecimiento del conocimiento.

Según estos autores, los aportes de Kuhn para la enfermería incluyen la concepción de que la ciencia de la enfermería no siempre va a considerar concepciones inductivas y racionales. Por lo que en la práctica de la enfermería, se van a producir conocimientos inductivos y deductivos, no racionales y también racionales, con lo que no existe una única manera correcta de comprender la complejidad del mundo. De esta manera se destaca el aporte de Kuhn a la enfermería, el cual fundamentalmente permite la comprensión de los fenómenos sociales marcados por la subjetividad, hechos que trascienden al positivismo puro de las Ciencias Naturales (Pessoa y otros, en Barreto, 2001)

Por otra parte Kérouac y otras (1996) hacen una revisión de los trabajos de Newman, Sime y Corcoran - Perry quienes plantean una terminología para definir las corrientes del pensamiento enfermero según las fuentes filosóficas en que son inspiradas. Esta clasificación incluye el paradigma categórico, el paradigma de la integración y el paradigma de la transformación.

El paradigma categórico es el que ha prevalecido en el conocimiento en enfermería. Según las autoras:

Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad... Estas manifestaciones poseen características bien definidas y medibles. Pueden ser ordenadas, tienen entre sí secuencias definidas de aparición y de enlaces predecibles (Kérouac y otras, 1996:2).

Por otra parte sobre el paradigma de la integración, corresponde a la corriente que integra explicaciones multicausales a los fenómenos relacionados en las situaciones de enfermería. Está orientado hacia la persona, como lo mencionan las autoras:

Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. (Kérouac y otras, 1996:2).

Por último, el paradigma de la transformación corresponde a una visión dialéctica del mundo, sus fenómenos y relaciones. Por lo tanto la ciencia de la enfermería conoce e interpreta estos fenómenos, por esto esta corriente es acompañada por la frase: *apertura hacia el mundo*. Aunque Kérouac y las otras autoras que se refieren a este tema, no precisan las consecuencias que esta apertura tendría para el conocimiento futuro de la enfermería, reconocemos que

este paradigma corresponde a la observación y estudio de los fenómenos a partir de una posición crítica que permita contextualizar el conocimiento considerando todas las dimensiones implicadas en él y con una clara posición ideológica.

Para Hernández, Moral y Esteban (2002), la enfermería podría encontrarse, si consideramos lo que para Kuhn caracteriza a una Ciencia Madura, especialmente en lo que se refiere a lo que la distingue de una actividad relativamente desorganizada de la Pre Ciencia Inmadura, en este momento del desarrollo, ya que el desacuerdo en lo fundamental, y el constante debate imposibilita el abordaje detallado de los fenómenos de la disciplina.

En este sentido, se ha de aceptar que la ausencia de un paradigma enfermero propio imposibilita la ampliación del conocimiento de los fenómenos enfermeros, que el paradigma deberá mostrar como particularmente reveladores; por ello, del mismo modo, no existirá un acoplamiento entre los hechos y las predicciones y explicaciones inherentes a las realizaciones científicas universalmente reconocidas. Así pues, en el esquema conceptual Kuhniano, esta anomalía influye, por ser múltiple, como factor de crisis y, por ende, desemboca en una apreciación universal no sólo de heterogeneidad doctrinal y profesional, sino de cierto horror vacui en los fundamentos específicos de la Enfermería. (Hernández, Moral y Esteban, 2002:59)

Lo anterior nos lleva a plantear que en esta búsqueda de la comprensión de la enfermería como ciencia, la concepción ideológica va a fundamentar la orientación que se da a la discusión, que va a establecer la diferencia entre permanecer en la inmadurez científica, que mencionan los autores, o progresar

hacia un estudio profundo que permita consolidar un cuerpo de conocimientos propio y coherente.

A partir de esta discusión sobre el relativismo científico, la producción de conocimiento en enfermería se ha visto beneficiada, así se inicia un período de búsqueda de nuevas alternativas científicas.

2.4.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

La construcción de un problema de investigación, no se da al margen de un estudio acucioso e inteligente de las teorías y reflexiones que existen sobre el tema. Este estudio debe ser sistemático, porque a la vez de que se investiga y se profundiza en las fuentes, se profundiza en el tema y se precisa el planteamiento.

Para estudiar la evolución histórica del pensamiento enfermero, debemos cuestionarnos cómo el modelo biomédico ha permeado en este pensamiento, especialmente en el ámbito docente, y cómo puede ser posible construir una teoría de enfermería que nos permita conocer el mundo apartándonos de la posición hegemónica positivista, la cual ha tenido hasta el momento una visión fragmentada de la vida humana; es necesario estudiar profundamente las teorías que nos permiten apoyarnos en esta tarea.

El conocimiento y la práctica de la enfermería no pueden sustraerse del contexto ideológico que ha dirigido la práctica de la medicina, especialmente en el mundo occidental; este contexto constituye uno de los principales factores que han detenido el avance en el análisis y la búsqueda de su propia identidad como disciplina.

En este sentido es el modelo biomédico el que ha dominado la comprensión y el abordaje de los problemas de salud y enfermedad, dentro de este modelo se han movido la mayoría de las profesiones de la salud. Esta situación hegemónica

ha dado como resultado una posición de privilegio para la profesión médica y de complementariedad para el resto de las disciplinas del área. Históricamente se ha visto a la medicina como la “ciencia” por excelencia, esto ha respondido a varias condiciones que tienen que ver, por una parte con la forma en que se conocen y se interpretan los fenómenos que están relacionados con la salud y la enfermedad, en síntesis corresponde al paradigma científico dominante; por otra parte tiene que ver con una condición social y emocional, que envuelve la percepción compartida que tienen las personas sobre su salud y la posibilidad de perderla. El temor al dolor, a la incapacidad y a la muerte hacen que la población delegue en los profesionales de la salud, especialmente de la medicina, la responsabilidad de su cuidado y su propia cura, situación que ha otorgado un gran poder social y político a estos profesionales, de manera que las directrices en materia de salud siempre surgen de estos grupos dominantes. Vemos entonces cómo en el campo de la investigación, la genética, la farmacología y la microbiología entre otras, dirigen sus esfuerzos para apoyar la práctica médica, y desde la práctica misma, en el campo de la clínica es la enfermería, la psicología, la nutrición y el trabajo social las profesiones que apoyan esta práctica médica.

En este marco de desarrollo de una visión de la salud puramente clínica y curativa surgen como excepción las ciencias sociales, las cuales van integrándose cada vez más a la solución de los problemas de salud desde otra perspectiva, la cual permite encontrar explicaciones más completas y consideran el factor biológico como una de las tantas variables que entran en juego en estos procesos y no como la explicación esencial.

La enfermería dista mucho de ser como la microbiología o la farmacología, un campo de conocimiento que se limite a la explicación clínica. Por este motivo, la obligada adscripción al modelo médico nos lleva cada vez más a una mayor insatisfacción en el ejercicio profesional; especialmente cuando los enfoques en salud se dirigen hacia la atención primaria y el trabajo interdisciplinario.

Por otra parte el modelo biomédico se fundamenta en un paradigma positivista empirista, el cual actualmente no es suficiente para explicar los complejos procesos personales y colectivos del comportamiento humano que llevan a condiciones de salud o enfermedad. La enfermería es la disciplina de la salud que necesariamente por su esencia debe contemplar visiones más integrales para explicar aquellos fenómenos en los cuales tiene una fuerte participación.

El problema que se plantea desde la enfermería marca el punto de partida para un estudio que pueda develar las condiciones que han hecho que la enfermería se haya encerrado en este modelo y las alternativas de cambio, que tanto para la docencia en enfermería como para la práctica, puedan acelerar el proceso de desarrollo de la disciplina orientándola como disciplina científica dentro de un paradigma diferente.

A partir de la revisión sobre la construcción del conocimiento en enfermería podemos conocer cómo éste se ha estructurado desde un pasado para conformar un conocimiento presente; de qué manera este conocimiento enfermero responde a la necesidad de transformación de la sociedad. En este sentido nos encontramos ante un gran desafío, debemos entrar primero al conocimiento y el estudio de la producción, tanto de la filosofía como de la teoría de la enfermería a nivel mundial y nacional, para posteriormente iniciar la discusión y construcción de nuestra propia identidad como disciplina.

2.5.- RELACIÓN SUJETO - OBJETO.

Todo acto cognoscente supone una relación entre quien conoce (el sujeto) y lo conocido (el objeto). Para Camacho, Gallardo y Ramírez (1987) esta relación es imprescindible para cualquier tipo de conocimiento y el objeto debe trascender al sujeto, esto es que debe estar más allá del sujeto, ser distinto de él. Lo que el sujeto obtiene como conocimiento no es el propio objeto, sino una imagen de él,

una representación del objeto real que se construye a partir de la propia experiencia sobre lo conocido. Esto nos dice que el sujeto que conoce es un sujeto práctico y su experiencia de conocer esta mediatizada por el proceso de socialización. De modo que el resultado de este proceso cognoscente es producto de los determinantes personal, social e histórico.

En este marco muy general sobre la relación del conocimiento, interesa ubicar el conocimiento enfermero, por una parte porque nos damos cuenta que el objeto de conocimiento en enfermería siempre ha estado ahí presente en la realidad de la práctica. Y por otra parte nos permite comprender para poder construir este objeto de conocimiento, que nuestra experiencia personal y profesional, así como la percepción que tenemos de aquellas personas a quienes va dirigido nuestro trabajo, el papel social que como enfermeras y enfermeros creemos tener y el papel que realmente tenemos constituyen parte de los elementos que debemos analizar para llegar a comprender que es lo que en nuestra experiencia enfermera conocemos y cómo lo conocemos.

En este proceso de construcción del objeto de conocimiento de la enfermería, es necesario dedicar parte de esta reflexión al sujeto, en este caso enfermeras y enfermeros que conocen. No podemos ignorar dos aspectos fundamentales que tienen gran influencia en los procesos de conocimiento, por una parte la calidad de la enseñanza de la enfermería que históricamente se ha impartido en Costa Rica y en otros países del mundo y por otra parte la posición de desventaja que se ha tenido respecto a otras disciplinas de la salud.

El objeto de estudio en esta investigación, corresponde a la construcción del conocimiento en enfermería durante el pasado y presente. El estudio de este objeto permitirá la elaboración de una propuesta para el análisis de esta construcción, una propuesta crítica a partir del materialismo histórico que responda a la realidad de la práctica de la enfermería en nuestro país. En este sentido se considera al sujeto que estudia el objeto, un sujeto práctico, social,

histórico, político e ideológico. ***“Cuando asumimos esta perspectiva nos ubicamos en el sendero del pensamiento crítico, es decir estamos en condiciones de juzgar acerca del sentido y validez de nuestras representaciones y conceptos “.*** (Camacho, Gallardo Y Ramírez, 1986). Es precisamente la esencia de esta cita la que nos conducirá al análisis propuesto, ya que éste debe conducirnos a un estudio crítico que permita una construcción transformadora.

2.6.- TESIS PROPUESTAS

6.1.- La construcción del conocimiento en enfermería, como conocimiento científico, ha tenido un desarrollo lento e inconstante, por lo que la enfermería no ha podido consolidar una práctica profesional basada en un conocimiento propio. Uno de los obstáculos en esta construcción es el carácter subordinado a un modelo biomédico y a un paradigma positivista. Por lo tanto el conocimiento que ha predominado ha sido fragmentado, dogmático, poco sistemático, adquirido de otras disciplinas y los elementos conceptuales de la práctica han sido ambiguos.

6.2.- El cuerpo de conocimientos que caracteriza a la enfermería como una disciplina científica, no ha llegado a transformar la práctica; ésta es la principal controversia que se plantea en la presente investigación. Por lo que nos lleva a cuestionarnos si existe o no un conocimiento propio en enfermería, o este es tomado de otras disciplinas. Esta tesis también nos obliga a cuestionarnos sobre el carácter ideológico que ha guiado la construcción del conocimiento en enfermería.

6.3.- El conocimiento en enfermería está ligado a los acontecimientos históricos y sociales que definen el contexto en que la práctica se ejerce. Existen momentos en la historia de la humanidad y específicamente de la sociedad costarricense, que van a constituir giros o puntos de definición para la

construcción de un cuerpo de conocimientos en enfermería; estos aspectos son fundamentales para la comprensión de la disciplina.

2.7.- OBJETIVOS

Objetivo General

Desarrollar un análisis socio histórico y epistemológico de la producción del conocimiento en enfermería en el pasado y en el presente, que permita construir una comprensión dialéctica de la enfermería como ciencia y su relación con la práctica actual y futura en Costa Rica.

Objetivos Específicos

Identificar el carácter ideológico que ha determinado la producción del conocimiento y la praxis en enfermería, así como las condiciones que han afectado la consolidación de este conocimiento.

Identificar dentro de un marco referencial, las proposiciones de enfermería que determinan la construcción de un conocimiento propio y su influencia en la práctica profesional actual.

Determinar de manera general las principales características del contexto social, económico y político en el pasado y el presente, en que se desarrolla la práctica de la enfermería.

2.8.- FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS

El procedimiento que se siguió en esta investigación, es congruente con los fundamentos epistemológicos y teóricos planteados. En este sentido se propone una investigación histórica a partir de la revisión de fuentes primarias y secundarias.

Con esta discusión se abre la reflexión sobre la construcción del conocimiento en Enfermería. Ésta se da a partir del conocimiento pasado y la influencia que este conocimiento ha tenido en la Enfermería Costarricense. De la construcción del conocimiento presente, como respuesta a las transformaciones sociales, los cambios en el Sistema de Salud y en la Enfermería en particular. Para llegar a concebir a partir del pasado y del presente la construcción de una nueva Enfermería; como ciencia, como disciplina autónoma y como profesión socialmente comprometida.

2.8.1.- Delimitación del espacio: técnicas de recolección de la información

La revisión de las fuentes secundarias se realizó con los siguientes documentos:

A.- Para la construcción del pasado, se realizó un análisis social e histórico de obras sobre enfermería e historia de la enfermería y de la medicina tanto en Costa Rica como en el resto del mundo.

B.- Para la construcción del presente, se analizaron las publicaciones costarricenses en enfermería. En un primer momento, se consideraron los trabajos de graduación realizados por egresadas y egresados de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Para esto se seleccionó una muestra de 22 trabajos de graduación los cuales se escogieron dividiendo la producción general por quinquenios, así se dieron los siguientes grupos: el primero correspondió de 1985 (época en que se elaboran los primeros trabajos) a 1989, el segundo grupo

que se seleccionó incluyó el periodo de 1990 a 1994, el tercer grupo correspondió a los años de 1995 a 1999 y por último el periodo del 2000 al 2004.

En un segundo momento, se analizaron varios volúmenes de la revista ***Enfermería en Costa Rica***, publicada por el Colegio de Enfermeras; se revisaron en total 14 volúmenes. La selección se hizo considerando el total del acervo que se encuentra en el Colegio, de manera que se incluyeron algunos volúmenes del periodo que va desde 1983 al 2004. Antes de este año encontramos volúmenes de 1978, sin embargo no se tomaron en cuenta ya que no aportaron información para los propósitos de esta tesis.

c.- Para complementar estos análisis, se identificaron las colecciones de revistas internacionales que se encuentran en la Biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Costa Rica, así como las diferentes bases de datos, esto con el propósito de fortalecer la información que permitió el análisis del presente.

2.8.2.- Delimitación del tiempo

De acuerdo a Meleis (1985), en la producción del conocimiento en enfermería, se dan varios momentos significativos, por lo tanto este estudio se definirá de acuerdo a esta clasificación.

En la presente investigación se consideró como primer período de construcción del conocimiento enfermero los hechos desde los inicios de la enfermería y a partir de Florence Nightingale, época en que se inicia la enfermería moderna y que tiene gran influencia sobre la educación. Para esto se contó con la obra "***Notas sobre Enfermería***" (Nightingale), cuya publicación original data de 1859. En este momento se cuenta con la edición de 1991 (Salvat Editores). Esta producción está considerada como la más importante hasta 1950. Además se incluyó en la revisión diferentes obras sobre la historia de la enfermería, para el

caso de Costa Rica se revisaron investigaciones históricas sobre enfermería, medicina y salud en general.

El segundo período de análisis se ubicó de 1955 a 1980 considerado un período de gran producción; en este lapso se definen las corrientes teóricas basadas especialmente en cuatro orientaciones objeto de estudio: ambiente, interacción, necesidades y sistemas.

El tercer período de análisis incluye las décadas posteriores a 1980 hasta la actualidad. Aquí se analiza la producción en Costa Rica a partir de las obras seleccionadas. Este rango, además de que se ha caracterizado por la emergencia de una gran producción del conocimiento en enfermería, también ha estado impregnado por fuertes dudas sobre el aporte de este conocimiento a la enfermería como ciencia y por la influencia de la teoría sobre la práctica. Incluso se ha llegado a considerar que la influencia de teorías de otras disciplinas ha tenido una influencia más fuerte que la teoría propia. (Meleis, 1985)

Como se puede ver, los periodos seleccionados son muy amplios, sin embargo de acuerdo a los documentos consultados, el análisis de la producción del conocimiento en enfermería puede responder a esta delimitación.

2.8.3.- Dimensiones para el análisis y sus categorías

Para contar con una guía de sistematización en el análisis propuesto, se establecieron las dimensiones a estudiar, así como las categorías y subcategorías que se desprenden de ellas.

Esta guía nos permitió conducir el estudio tomando en cuenta cada documento de análisis, sin embargo no excluye la posibilidad de que los resultados vayan más allá de lo que se propone en esta estructura.

DIMENSIONES PARA EL ANÁLISIS Y SUS CATEGORÍAS

DIMENSIONES	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Corrientes filosóficas, epistemológicas y teóricas	Empirismo Positivismo Materialismo Idealismo	Paradigmas en enfermería: Categorización Integración Simultaneidad o transformación
Enfoques del conocimiento enfermero según Meleis	Silencioso Adquirido Subjetivo Procedimiento Construido	Articular y conceptuar la práctica. Niveles de comprensión y niveles de clarificación Médico, sociológico, filosófico, psicológico, administrativo u otros Experiencias, intuición, subjetividades Objetivación de la práctica Construir y reconstruir a partir de modelos y teorías Conocimiento dialéctico
Patrones del conocimiento enfermero según Carper	Empírico Estético Personal Ético	Sistematización del conocimiento Leyes y teorías generales Intuición Construcción creativa Empatía Relación enfermera(o) con la persona o personas a quienes atiende ¿El patrón ético es explícito o implícito? Presencia de normas y códigos éticos.

2.8.4.- Ejes para la matriz del análisis: categorías epistemológicas

La búsqueda de una metodología para el análisis del conocimiento en enfermería en el presente tanto a nivel mundial como nacional, nos lleva a fundamentar este apartado con el aporte de autoras como I. Afaf Meleis (1997), B. Carper (1978), Patricia Munhall (1993), Gertrudis Torres (1986) y especialmente en los artículos de Denise Guerreiro da Silva, Albertina Nietzsche, Elisa da Silva y otras (*La producción del conocimiento en enfermería en los grupos de investigación de la Universidad Federal de Santa Catarina, 1996*) y de Coleta Althoff, Miriam Borestein, Nair Ribeiro, Nora Vega, Rita Heck y Valeria Lerch (*Conociendo el conocimiento de las disertaciones de maestría en enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, 1996*). En los artículos mencionados, se ofrece una metodología de análisis que nos ha permitido fundamentar conceptualmente el capítulo donde se elabora el análisis de la producción actual. Esto nos permitió confeccionar la matriz para el examen de los estudios que fueron seleccionados

2.8.5.- Marco conceptual para la construcción de los ejes y para el análisis del presente

Para la elaboración del capítulo sobre el presente, se desarrolló el análisis de las fuentes secundarias a partir de una matriz, la cual se construyó considerando cuatro diferentes ejes que se originan a partir del marco conceptual. En un primer momento se elaboró una caracterización de los y las autoras, así como de los trabajos que se estudiaron. Se identificaron las cuestiones centrales o esenciales de cada uno.

El primer eje del análisis está relacionado con las **fuentes del conocimiento**. Según Guerreiro da Silva y otras (1996), las fuentes del conocimiento corresponden a aquellas que son referencia para fundamentar una producción propia de conocimientos. En el caso de la enfermería podemos encontrar conocimiento compartido con otras disciplinas, (Neves, 1987, citada por

Guerreiro da Silva y otras, 1996), estas fuentes compartidas permiten crear esquemas y conceptos propios para la enfermería. Por este motivo encontramos entre las fuentes, las propias de enfermería, aquellas que nos dicen hacia que área se dirige el estudio y las fuentes de otras disciplinas que constituyen la orientación de la investigación. Estas fuentes de conocimiento pueden distinguirse claramente ya que se presentan explícitamente en los estudios; sin embargo otras serán más difíciles de encontrar y se denominan fuentes implícitas.

El segundo eje tiene que ver con la forma en que el conocimiento es **abordado**; en este caso interesa estudiarlo considerando un punto de partida y un punto de llegada para cada estudio que es analizado, Cada uno puede clasificarse conforme las categorías propuestas por Meleis (citada por Guerreiro da Silva y otras, 1996). Estas categorías nos permiten definir tres tipos de abordaje: el abordaje conceptual, el abordaje clínico y el abordaje empírico.

El tercer eje de este análisis corresponde a las formas de conocimiento. Para Belenky y colaboradores (1986), citados por Meleis, (1997), existen diferentes caminos en el proceso de conocer, así ellos identifican cinco tipos de conocimiento. Meleis y Schultz (1988), citadas por Meleis (1997), han investigado y teorizado cómo estos tipos diferentes de conocimiento, nos permiten analizar la producción del conocimiento en enfermería y establecer predicciones sobre cuales puede ser las vías para el desarrollo futuro. Dentro de la perspectiva de enfermería estos **tipos o formas de conocer** son:

Conocimiento silencioso:

Hasta el momento hemos coincidido con varias autoras sobre el carácter práctico de la enfermería como disciplina. Este conocimiento que se genera de la práctica cotidiana, debe ser reflexionado y referido a un cuerpo del saber en enfermería. De aquí surge la condición dialéctica de la práctica y la teoría en enfermería. Cuando esto no se da como una condición inherente al ejercicio

profesional, surge la dificultad para conceptuar la práctica, a esto es a lo que Meleis (1997) se refiere como conocimiento silencioso.

Las conocedoras silenciosas son enfermeras que tienden a aceptar las voces de la autoridad y de esa forma aprenden a ser silenciosas. Esas enfermeras conocen su práctica, sus enseñanzas, o su práctica administrativa, pero pueden no ser capaces de articular lo que conocen a través del pensamiento abstracto para el desarrollo teórico y pueden no tener el lenguaje para expresar su análisis o interpretación del fenómeno. (Meleis, 1997:176. Traducción propia)

Es en esta vía o forma de conocimiento en el que el saber se vuelve invisible, ya que éste no tiene un referente teórico que les permita representar conceptualmente el hacer de enfermería.

Conocimiento adquirido:

En este caso Meleis se refiere a las conocedoras receptoras de conocimiento, quienes consideran que otros son capaces de producir conocimientos que ellas pueden seguir y reproducir.

Ellas creen en la habilidad de la autoridad externa para generar conocimiento, pero no en sus propias habilidades para hacer lo mismo. Estas personas dependen en y valoran la expertise de otros. Muchas enfermeras se han conformado utilizando los trabajos de otros, creyendo que esos trabajos son muy superiores a cualquier cosa que ellas pudieran crear. Ejemplo de eso son las diferentes teorías y paradigmas que hemos usado durante años

***dentro de nuestros cuestionamientos. (Meleis, 1997:176.
Traducción propia)***

Esta forma de conocimiento ha prevalecido en el desarrollo del conocimiento pasado, sin embargo se debe distinguir, cuando se trata de una fuente de conocimiento externa a la enfermería que se articula con la construcción de un conocimiento propio. Esto es diferente de cuando la práctica se fundamenta en el conocimiento de otra disciplina.

Conocimiento subjetivo:

Este tipo de conocimiento representa un punto de discusión y estudio profundo, ya que es aquel que describe una fase fundamental de la disciplina y que llega a reunir aspectos históricos en la construcción del conocimiento en enfermería. Retomar su influencia y considerar sus limitaciones es una tarea para establecer el futuro. Meleis nos aclara muchas dudas en relación a este tipo de conocimiento ya que en algunos momentos, se ha considerado únicamente como el resultado de la introspección de la enfermera como persona, pero vemos que es algo más que eso, es el resultado de esa introspección y su relación dialéctica en las situaciones de enfermería.

Las conocedoras subjetivas dependen de sus experiencias personales. Estas conocedoras creen y dependen de sus propias voces internas y sentimientos internos. El conocimiento es para ellas 'personal, privado, y conocido e incluido subjetivamente', y la verdad 'es una reacción intuitiva, algo experimentado, no pensado, algo sentido más que activamente perseguido o construido' (Belenky, Clinchy, Goldberger, y Tarule, 1986:69.) A pesar de que estas conocedoras encuentran difícil articular los procesos usados para alcanzar el conocimiento, ellas

tienen el conocimiento que holísticamente observa y explica situaciones completas. (Meleis, 1997:176. Traducción propia)

Este tipo de conocimiento es mencionado también por Barbara Carper como conocimiento personal y por Benner como conocimiento experto (Meleis, 1997).

Conocimiento de procedimiento:

Este tipo de conocimiento ha prevalecido en la historia moderna de la enfermería, especialmente desde la última década del siglo XX. En el caso de Costa Rica, es un tipo de conocimiento ligado a un sistema burocrático que organiza el hacer de enfermería de acuerdo a normas y protocolos de atención, los cuales restringen en gran medida la creatividad y la autonomía de las y los profesionales.

Las conocedoras de procedimientos dependen de observaciones y procedimientos cuidadosos. Ellas son las racionalistas entre nosotros. Estas son las personas que comunican procedimientos, reglas, y regulaciones y de esa forma pueden estar mejor preparadas para desarrollar teorías empiristas o procedimentales. (Meleis, 1997:176. Traducción propia)

De acuerdo con Meleis, es interesante poder destacar cómo a partir de este tipo de conocimiento podemos construir la fundamentación teórica propia que nos permita guiar la práctica y el desarrollo tecnológico.

Conocimiento construido:

En la discusión sobre la construcción del conocimiento en enfermería, este tipo de conocimiento representa la síntesis de los anteriores, siempre teniendo presente que el cuerpo de conocimientos que apoyan a una disciplina científica, implica una elaboración constante y dinámica de la relación sujeto – objeto y del contexto histórico y social en que esta relación se da.

Las constructoras de conocimiento miran todo ‘el conocimiento como contextual, se ven a sí mismas como creadoras de conocimiento y valoran las estrategias de conocimiento tanto objetivas como subjetivas’...Para ellas, ‘todo el conocimiento es construido, y el conocedor es una parte íntima de lo conocido’. (Belenky, Clinchy, Goldberger, y Tarule, 1986) Suscribirse a este punto de vista es aceptar el eterno proceso del desarrollo del conocimiento, es aceptar que las teorías están siempre en proceso, aceptar que los cuadros de referencia se construyen y reconstruyen, y aceptar que las situaciones al igual que el conocimiento son contextuales y sujetas a diferentes interpretaciones. (Schultz y Meleis, 1988, citadas por Meleis, 1997:177. Traducción propia).

Parece ser sin duda que este es el camino que nos plantea Meleis y otras autoras para continuar en esta construcción del conocimiento en enfermería.

El planteamiento expuesto en este eje de análisis resulta bastante complejo y ha sido escogido en vista del carácter integrador y explicativo que nos permitió acercarnos a una mayor comprensión de la enfermería como disciplina científica.

Por último el cuarto eje de este análisis se derivó de la propuesta de Bárbara Carper, Meleis (1997) y en el trabajo realizado por Althoff y otras (1996).

Carper (1978) señala que existen cuadros demostrativos de conocimientos que pueden mostrar la totalidad de las características evidenciadas por los análisis individuales. Estos cuadros pueden estar basados en patrones de conocimiento que en el caso de la enfermería se dirigen hacia un patrón empírico, otro estético, otro ético y uno personal. Para esta autora, los patrones son formas y estructuras que sirven como horizontes de expectativas que ejemplifican una manera característica de pensar (Althoff y otras, 1996). Es importante destacar que cada uno de estos patrones se refiere a una parte del fenómeno que se estudia, o sea que describen una parte de un todo y no se dan en forma aislada ni corresponden a patrones opuestos sino más bien forman parte del conocimiento en forma simultánea.

Para Meleis un determinado patrón de conocimiento por sí mismo no descubrirá todo el conocimiento necesitado para una ciencia orientada a la práctica. Esto es de suma importancia para nuestro análisis, ya que fundamenta el hecho de que el conocimiento en enfermería debe ser cuidadosamente estudiado, separando y uniendo los elementos del análisis; ubicando los fenómenos en el contexto histórico social y político y estableciendo relaciones explicativas entre la teoría y la práctica. El valor que tienen estos patrones de conocimiento para la enfermería es que alertan que la ciencia sola no va a responder a las interrogantes significantes en nuestra disciplina (Johnson, 1994; citada por Meleis, 1997)

La conceptualización de estos patrones ha sido tomada de Carper (1978) Meleis (1997) y Althoff y otras (1996).

Patrón de conocimiento empírico:

Es el resultante del modo de pensar de la ciencia tradicional o ciencia normal (Kuhn, 2001) en la cual la realidad es percibida y descrita en forma organizada por un observador; para ser explicada y a partir de esto establecer predicciones sobre los fenómenos. Este patrón de conocimiento es accesible al investigador por medio de los sentidos. Además describe, analiza y critica conceptos y teoría.

Patrón de conocimiento ético:

Incluye juicios sobre lo que debería ser, lo que es bueno, responsable y correcto, así como sobre normas y códigos de enfermería. Utiliza los procesos creativos de clasificación, valoración y legislación cuando surgen diferentes posiciones filosóficas sobre lo que es bueno, correcto y a que intereses está sirviendo. Encierra el conocimiento implícito de principios y teorías éticas sobre la enfermería y la sociedad.

Patrón de conocimiento personal:

Procura comprender la experiencia interior que se vuelve auto consciente. Incluye los procesos creativos de apertura, en el cual la totalidad de la experiencia forma un significado personal. Este patrón de conocimiento es identificado en el comportamiento, el lenguaje y las acciones. Se da una auto descripción con la finalidad de crear una comprensión que puede ser compartida, desarrollada y usada deliberadamente.

Sarvimäki (1994), citada por Meleis (1997) considera que este patrón de conocimiento es subjetivo, ya que representa el conocimiento que parte de la vivencia cotidiana en la práctica de la enfermería, que es interpersonal e intuitivo.

Patrón de comportamiento estético:

Se refiere al arte y lo define como una experiencia subjetiva, única y particular que involucra la intuición. Se percibe a través de la descripción de las acciones, actitudes, conductas e interacciones de las y los enfermeras y enfermeros con otras personas. En este patrón de conocimiento es necesario conocer o deducir el significado de lo que está siendo expresado, lo cual es un arte que es expresado por medio de la interacción o por el desempeño de habilidades manuales. (Althoff y otras, 1996).

Estos patrones descritos por Carper han sido objeto de atención durante mucho tiempo, y se han convertido en instrumentos para la comprensión del conocimiento y la teorización en enfermería, sin embargo autores como Johnson y Fry, (citados por Meleis, 1997) insisten en que estos patrones no son completos ni estáticos. Esto representa una indicación fundamental cuando se plantea un análisis como el que se ha propuesto en esta investigación, ya que se podría caer en el error de convertir la propuesta de Carper en una categorización estrecha, diversas autoras (Meleis, 1997, Fry, 1988, Jonson, 1994, Jacobs-Kramer y White, 1995) reconocen el gran aporte de Carper y consideran que estos patrones deben ser ampliamente desarrollados en el futuro.

White(1995), citada por Meleis (1997), aporta a esta clasificación un quinto patrón que denomina sociopolítico, el cual considera esencial para comprender la totalidad de la realidad en que se desarrolla la enfermería. Este sería el contexto que envuelve los otros cuatro patrones e incluye los procesos organizacionales, culturales y políticos.

A esta clasificación también se agregó un patrón de conocimiento histórico. Este patrón, nos permite definir un marco para el estudio de la construcción del conocimiento en enfermería, para lo cual es fundamental establecer un análisis histórico que permita reinterpretar la historia a partir de una definición ideológica

pasada y presente, en la cual se pueden leer las interpretaciones morales y sociales que buscan una construcción estática y oficial de la historia de la enfermería.

La construcción de los diferentes ejes de la matriz para el análisis del conocimiento producido a partir de diferentes actividades intelectuales, se dio considerando en todo momento la premisa de que estos elementos no son estáticos, que evolucionan porque son transformados y transformantes por la realidad y que ante todo tienen un carácter multidimensional, lo cual para el propósito de esta investigación puede afectarse al caer en el error de que el resultado sea un análisis lineal, el cual no sería fiel al carácter dialéctico de esta investigación.

En vista de que las posibilidades de análisis no tendrían sentido si no se consideran los diferentes ejes de estudio, se decidió construir los cuatro ejes separadamente, sin embargo debe aclararse que todos en su conjunto corresponden a la misma matriz. Una síntesis de estos ejes que formarán parte de la matriz para el análisis del presente, se presentan como cuadros de la siguiente manera:

Matriz #1

Fuentes del conocimiento (Guerreiro da Silva y otras, 1996)

Estudio que se analiza	Área del conocimiento en enfermería	Disciplina con la que se comparte el conocimiento

Matriz # 2

Formas de abordaje del conocimiento (Meleis, 1997)

Estudio que se analiza	Abordaje del estudio / Periodo	Clínico	Conceptual	Empírico
	Punto de partida			
	Punto de llegada			

Matriz # 3

Tipos o formas de conocer (Meleis, 1997)

Estudio que se analiza		
Conocimiento	Punto de partida Aspectos Teóricos Metodológicos	Punto de llegada Discusión Aporte al y análisis conocimiento
Silencioso		
Adquirido		
Subjetivo		
Procedimiento		
Construido		

Matriz # 4

Patrones del conocimiento (Carper, 1978)

Patrones	Características evidenciadas en cada estudio Análisis dialéctico
Empírico	
Estético	
Personal	
Ético	
Sociopolítico White (1995))	
Histórico (Agregado para esta investigación 2004)	

El procedimiento consistió en aplicar las tablas al análisis de cada trabajo de graduación y de cada volumen de la revista Enfermería en Costa Rica que se analizaron; posteriormente se elaboraron los resultados por períodos y por último la síntesis final.

CAPÍTULO III:

ANÁLISIS DEL PASADO

3.1.- SABER POPULAR, GÉNERO Y RELIGIÓN

Dedicarse al estudio de la historia de la enfermería es una tarea que requiere una investigación muy extensa, no podemos iniciar un trabajo como este sin al menos ubicarnos en algunos acontecimientos mundiales y nacionales que marcaron gran parte de lo que hoy es la profesión. Sin embargo puede resultar aun más importante considerar algunas dimensiones de la evolución del conocimiento enfermero, que marcan la dirección de las explicaciones.

Este apartado no pretende presentar un estudio sobre la historia de la enfermería, sino más bien poder identificar en los documentos revisados, datos que nos permitan hacer interpretaciones sobre la construcción del conocimiento con el propósito fundamental de comprender el presente integrando una explicación del pasado.

En primer lugar nos referiremos a los comienzos de la enfermería. La enfermería igual que la medicina surge en el momento en que se da la vida en sociedad. Las características de estas profesiones hacen que su historia emane de la historia misma de la humanidad, por esto los momentos históricos que han sido fundamentales en las sociedades, representan también momentos de desarrollo y en algunos casos giros que se convirtieron en herencia para el conocimiento en enfermería.

Para estudiar los orígenes de la enfermería, es necesario referirse a la partería, la cual da paso posteriormente a la enfermería obstétrica, y es aquí donde encontramos la mayor parte de documentos que recogen estos momentos de desarrollo. Para Esquivel (2000) la labor de partería aparece en los primeros escritos bíblicos, según la autora, de estos pasajes se desprenden varias conclusiones:

...primero que la profesión de partera ya existía en aquellos tiempos lejanos (siglo dieciséis antes de la era cristiana); segundo, que evidentemente las mujeres no daban a luz reclinadas sobre una cama, sino sentadas o en cuclillas sobre alguna clase de asiento de maternidad y tercero, que las mujeres con frecuencia daban a luz sin ayuda... (Esquivel, 2000:11)

Esta cita nos permite destacar varios aspectos; por ejemplo, tenemos que gran parte del conocimiento enfermero corresponde a un saber popular, que al estar involucradas actividades de la vida, se desarrollan conocimientos que a través de la historia han sido exclusivamente del saber femenino. Además podemos rescatar que la enfermería viene a establecer y legitimar prácticas de atención que tienden a desplazar este saber popular. Ejemplo de esto es la insistencia de usar camas y posturas antinaturales a la hora de atender el parto o el reconocimiento de la terapéutica farmacológica como única opción de tratamiento sin considerar otro tipo de alternativas populares.

..., es válido indicar que la partería no es simplemente una estrategia para enfrentar un proceso biológico universal en condiciones de insuficiencia de servicios hospitalarios; al contrario, se trata de una práctica milenaria que recopila una serie de conocimientos adquiridos empíricamente y transmitidos oralmente de generación en generación, cuya función sociocultural está claramente establecida: asistir a la parturienta a lo largo del proceso de preñez, alumbramiento y puerperio. (Malavassi, 2002:73)

Con esto podríamos inferir que gran parte de las mujeres que acudían a la formación como enfermeras o como obstétricas ya traían una gama de

conocimientos aprendidos y heredados de su participación en la vida familiar y social, adquiridos de otras mujeres. Así tenemos que a diferencia de muchas otras profesiones, el conocimiento en enfermería tiene una base construida a partir de la experiencia social popular.

Como parte de esta misma dimensión, se hace necesario considerar la interpretación de esta evolución histórica a partir de la socialización de género, ya que la diferenciación de tareas y por ende el reconocimiento social y político entre la mujer y el hombre ha definido las relaciones humanas, especialmente las relaciones de poder que se dan entre ambos géneros lo que nos lleva a una relación de subordinación milenaria. Los espacios públicos siempre fueron propiedad masculina y se delegó a la mujer el espacio doméstico. Así se ha dado la presencia de los hombres en ámbitos políticos, militares, religiosos y económicos; mientras que para la mujer se ha definido la maternidad, el cuidado de los otros y de la familia, respondiendo de esta manera a un mandato social que surge desde nuestra propia naturaleza de ser mujeres. Esta visión de la historia, desde la perspectiva de género, acompañará el análisis que se desprenda de este estudio.

Monge (2004), plantea que uno de los obstáculos para el desarrollo de una enfermería autónoma, está dada en la imposición de aceptar un papel secundario bajo la autoridad de una profesión definida socialmente como masculina, como lo es la medicina. De esta manera es que se unen ambas dimensiones, los orígenes del conocimiento en enfermería como saber popular, pero delegado en lo doméstico y que debe ser controlado por un saber masculino.

Otra dimensión que debe ser rescatada de la evolución histórica del conocimiento enfermero está definida por la relación mística o religiosa y que será matizada a lo largo de la historia por la concepción que las diferentes sociedades atribuyen al concepto de enfermedad o de salud. Esta etapa de la historia va a

aportar al conocimiento una serie de atributos personales y actitudes que serán exigidas a todas las mujeres que se dediquen al cuidado de los enfermos.

La Iglesia resaltó la misión salvadora de Cristo para con los (as) desvalidos(as) y enfermos(as). Como consecuencia directa de esta forma de sentir la religión, se crearon numerosas instituciones dedicadas al cuidado de los (as) enfermos(as) y necesitados(as), y a partir de este momento, la presencia de la iglesia fue constante en el mundo de la enfermedad (Monge R, 2004:16).

La ideología religiosa va a definir los principios fundamentales y la herencia para enfermería, la enfermedad como modo de redención y de emular la pasión de Cristo definió aspectos deseables de quien cuida, como caridad, compasión, sacrificio, vocación, respeto absoluto y sumisión a la figura del padre, representado en el mundo por los sacerdotes y los médicos, siempre una figura masculina. (Monge, 2004)

La consolidación del conocimiento en nuestra disciplina como se puede ver a través de la historia ha significado un camino muy largo. Durante mucho tiempo las órdenes religiosas fueron las encargadas de este oficio. Destacan en este caso la Orden de Las Hijas de la Caridad (Hermanas de la caridad posteriormente) quienes fueron guiadas por San Vicente de Paul y la Orden de los Hermanos de San Juan de Dios, ambas órdenes estuvieron presentes en Costa Rica. Este momento ha sido muy importante porque se inició un período definido por la necesidad de unificar la labor de enfermería, lo que llevó a desarrollar entrenamientos previos al trabajo de cuidar. (Monge R, 2004)

3.2.- LA HERENCIA DE FLORENCE NIGHTINGALE Y EL CONTEXTO DE LA MEDICINA SOCIAL

Florence Nightingale nació el 12 de mayo de 1820, su padre y su madre eran ingleses que formaban parte de la incipiente clase burguesa en la Inglaterra de finales del siglo XVIII e inicios del siglo XIX. Sin embargo su condición social les permitió mantenerse como una familia aristocrática con gran influencia en el sector político ya que el abuelo materno fue miembro del Parlamento.

Los constantes viajes de la familia los llevaron a Florencia donde nació Florence **"...en el bello centro cultural e intelectual del que recibió su nombre"** (Jamieson E., Sewall M. Y Suhrie E., 1966: 165). La vida de esta mujer estuvo acompañada por una dedicada formación en artes, literatura, idiomas pero también, por influencia de su padre, en ciencias y matemática, cosa bastante inusual en la sociedad inglesa, además la madre de Florence era de estrictos principios victorianos, sin embargo su conservadurismo no logró detenerla en su afán de dedicarse a la enfermería.

Para ubicarnos en el contexto en el que Florence Nightingale desarrolla su trabajo, es necesario referirse a la época moderna de la revolución científica, de los movimientos de reformas sociales católica y protestante y de la revolución industrial.

De las reformas sociales tanto católica como protestante se deriva gran parte de la historia de la enfermería. A partir de las labores sociales de San Vicente de Paul (1576-1660) se desarrolla una serie de iniciativas en el viejo continente que tenían como fin atender al desprotegido, ya sea prisionero de las cárceles, mendigo, huérfano, enfermo o enfermo mental. Esto con la idea de cumplir con el mandato cristiano de socorrer al necesitado ya que las condiciones de vida en esta época eran muy precarias.

Así durante varios siglos se dio un paulatino desarrollo de las actividades de enfermería y se buscaba mejorar las prácticas, siempre bajo el control médico y dentro de los más estrictos principios religiosos.

La experiencia más importante se dio en Alemania en los inicios del siglo XIX, con la fundación de una orden de diaconisas en Kaiserswerth a cargo de Theodor y Friederike Fliedner. Esta experiencia cambió radicalmente la idea de lo que anteriormente se conocía como enfermería y pronto constituyó un modelo para el resto del mundo.

En 1851 Florence logra pasar una temporada en Kaiserswerth, durante este tiempo recogió notas con el propósito de sistematizar sus conocimientos lo que le proporcionó material valioso para la fundación de una profesión que en este tiempo parecía tan remota. (Jamieson E., Sewall M. Y Suhrie E., 1966).

Como es sabido, el trabajo de Nightingale estuvo enfocado hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de los soldados ingleses durante la guerra de Crimea. Durante esta guerra, Inglaterra se había mantenido muy atrás en relación al cuidado de enfermería, otros países involucrados como Francia y Rusia ya contaban con este tipo de cuidado. Como lo muestra la siguiente cita:

Mientras los soldados de Inglaterra se beneficiaban así de la dirección y la atención de Florence Nightingale y sus enfermeras, en los hospitales de los rusos, por su parte, los enfermos y heridos encontraban asistencia y estímulo gracias a los esfuerzos de una de sus compatriotas. En efecto, La gran Duquesa de Pavlova, habiendo conseguido el alistamiento de trescientas damas de Moscú y San Petersburgo dispuestas a prestar asistencia voluntaria, las empleó para equipar con ellas los hospitales rusos en Crimea. (Jamieson E., Sewall M. y Suhrie E., 1966:172).

Este hecho histórico de la guerra de Crimea, constituye sin duda alguna el inicio de la enfermería moderna o de la enfermería vista como una profesión. Es a partir de aquí en que se reconoce que el solo servicio de la medicina no es suficiente para actuar sobre la mortalidad. En este momento la enfermería empieza a recoger una serie de experiencias y a sistematizarlas como conocimiento.

Sobre la historia de la participación de otras enfermeras en esta época se tiene poco material, (Afaf Meleis, 1997, menciona también a Koaiba Bent Saad como una de las más importantes enfermeras en las guerras islámicas).

En el caso de Nightingale sobresale su preparación científica y su capacidad para establecer relaciones de hechos vinculados con la enfermedad y la muerte, y lo que aun es más destacado, corresponde a su capacidad de idear acciones para influir sobre estas relaciones.

Las grandes reformas que Nightingale llevó a los hospitales ingleses en Crimea, fueron las relacionadas con la modificación de condiciones del ambiente, mejoras en las salas de heridos y en los quirófanos, la modificación de los sistemas de drenaje y almacenamiento del agua, acondicionamiento de habitaciones ventiladas y cómodas, limpieza de la ropa de los heridos y mejoramiento sustancial en su nutrición.

Después de esta guerra al volver a Inglaterra, el trabajo de Nightingale estuvo siempre relacionado con el saneamiento de los hospitales del ejército así como mejoras en las condiciones de vida de los soldados. Esto la llevó a participar incluso en la colonización Inglesa de la India, con propuestas importantes para la salud de esta población.

Además su trabajo también se extendió a las reformas relativas a los hospitales civiles, en las cuales estableció el paso de una enfermería curativa hacia una enfermería, que con los conocimientos sobre higiene y cuidado del ambiente, se enfocará más en la práctica preventiva. No podemos olvidar que su mayor aporte estuvo enfocado hacia la formación científica de enfermeras, esto ha constituido su más importante contribución a la enfermería en el mundo.

Entre la obra de Florence Nightingale sobresalen tres, las cuales tuvieron que ser publicadas y divulgadas por ella misma debido a la gran resistencia de la sociedad para publicar trabajos de autores que fueran mujeres.

En 1857 se distribuyó en forma privada su libro *Notas sobre el Ejército Inglés*, en este libro expresaba con un pensamiento muy claro sus experiencias y éste fue complementado con *Notas subsidiarias relativas a la introducción de la enfermería femenina en los hospitales militares en tiempos de paz y de guerra*. En esta oportunidad Nightingale plantea su teoría de cómo llevar a la práctica acciones que se adelantarán al paso de la enfermedad, introduciendo así el pensamiento de la Salud Pública. En 1859 publicó *Notas sobre los Hospitales* y más tarde escribió *Notas sobre la Enfermería*, en sus obras además de referirse a las medidas de higiene (las cuales dieron origen posteriormente a las de asepsia) trató con gran cuidado y precisión el papel de la administración de los cuidados de enfermería.

No es de extrañar que Florence Nightingale se convirtiera en una seguidora de los reformadores de la sanidad como Sir Edwin Chadwick y Sir Sydney Herbert, junto a ellos se formó un grupo cuya labor iba preparando el camino para el trabajo de Luis Pasteur, Robert Koch y la era de la ciencia bacteriológica. (Jamieson E., Sewall M. y Suhrie E., 1966).

Sir Edwin Chadwick fue una de las figuras más importantes en las reformas sanitarias en Inglaterra durante el siglo XIX; en 1832 fue comisionado para el estudio de la reforma de la Ley de los Pobres.

La profunda convicción de que la salud se veía afectada - para bien o para mal - por las condiciones del medio, tanto físico como social, vino a reforzar el enfoque de Chadwick del problema de la pobreza y de la enfermedad (Rosen G., 1985:220).

El contexto social de Europa en esta época tenía varias dimensiones críticas; por una parte la revolución industrial había transformado las condiciones de vida de los habitantes, quienes se habían convertido en obreros de las minas y las grandes fábricas, el trabajo infantil era frecuente y tanto niños como mujeres laboraban jornadas de hasta doce y dieciocho horas. Las condiciones laborales eran inhumanas y el crecimiento de las tasas de mortalidad y morbilidad estaba cada vez más asociado al trabajo.

Por otra parte los avances en la medicina eran pocos y ésta no respondía a las necesidades de la población. La discusión sobre la política de la salud y la enfermedad tenía dos polos opuestos, aquellos que consideraban que la pobreza no tenía nada que ver y los que eran partidarios de una medicina social, porque consideraban que no existía la enfermedad como una naturaleza pura, siempre estará determinada por la actividad social, económica y por el medio cultural donde esa actividad se crea.

Esta discusión se hizo cada vez más intensa debido a los descubrimientos de Pasteur y Koch. En 1893 Emil Behring, médico alemán, se refería en un ensayo a la etiología de las enfermedades infecciosas. En esta oportunidad hacía referencia a las propuestas de Rudolf Virchow, también alemán, quien en 1847 presentó un informe donde atribuía la epidemia de fiebre tifoidea a un conjunto de factores sociales y económicos y en consecuencia esperaba que esta epidemia no se resolviera solamente con el tratamiento médico. Virchow proponía una serie de reformas radicales que debían basarse en la democracia sin restricciones, libertad, educación y prosperidad. Para Behring estas eran expresiones vagas y señalaba

que de acuerdo con el procedimiento de Robert Koch, el estudio de las enfermedades infecciosas se podía llevar a cabo con constancia y sin desviarse en consideraciones sociales ni reflexiones sobre política social. (Rosen G., 1985)

Esta discusión sobre la emergencia de una medicina social o la permanencia de un modelo biológico, se da actualmente en el seno del pensamiento en enfermería y se derivan de ella dos grandes paradigmas: el de la categorización, el cual ideológicamente es seguidor de la corriente centrada en la patología biológica. Y por otra parte el paradigma de la transformación, el cual ideológicamente tiene mayor coincidencia con la explicación de la enfermedad como un proceso que resulta de la relación de factores económicos, políticos, sociales y culturales, además de los biológicos y físicos.

Para las últimas décadas del siglo XIX, se había dado un avance considerable en Gran Bretaña hacia un enfoque social de la salud y la enfermedad; para entonces diversos pensadores entre economistas, médicos y políticos habían reconocido que las condiciones sociales y económicas estaban íntimamente relacionadas con una mayor o menor frecuencia de enfermedades. Así se concluía también que la salud de la población era más una cuestión pública y no privada, colectiva más que individual y que eran necesarias medidas médicas como sociales.

La ausencia de esta discusión en los escritos de Florence Nightingale, puede explicarse por la visión que ella tenía sobre la enfermedad, a la cual atribuía la acción de fuerzas naturales, no sociales y aun más, ella interpretaba esta desventaja de los seres humanos como una debilidad moral y que la cura debía provenir de la redención de la gente. No se puede leer explícitamente, ni entre líneas una posición del pensamiento de Florence en cuanto a uno u otro paradigma, sin embargo sus estrictas concepciones religiosas nos permiten ahora identificar más claramente su herencia. En la cual será una de las cosas pendientes en la interpretación histórica del conocimiento, ya que no toma una posición sea hacia el

modelo biológico o hacia el modelo social, no expresa esa correspondencia que la disciplina debe tener en cuanto a la concepción ideológica de la salud y la enfermedad.

Para concluir este análisis podemos mencionar que en la construcción del conocimiento en enfermería, la obra de Nightingale aporta la concepción de la higiene y el cuidado del ambiente. El contexto militar es fundamental para la formación de una enfermería concreta, rigurosa, puntual y obediente. Siempre bajo las órdenes del médico, y que además por ser una enfermería militar las medidas de disciplina eran estrictas, las cualidades de buena moral y de una obediencia estricta eran incuestionables.

Las tradiciones británicas de disciplina se exportaron a otros países, y la vida de la enfermera vino a regirse por una mezcla curiosa de reglamento militar y costumbre heredada del ejército y de las órdenes militares, combinados con una dosis del ascetismo cultivado por los monasterios. Había que aprender una gran deferencia para con la autoridad. La estudiante de enfermera debía de actuar: no se le pedía ni se esperaba de ella que pensara (Jamieson E., Sewall M. y Suhrie E., 1966:98).

Esto es parte de la herencia de Nightingale y de otras enfermeras de la época, pero también es herencia de ella las innumerables notas que nos hacen reflexionar entre el hacer de enfermería y su relación con el desarrollo de la teoría. Durante muchos años ininterrumpidamente Nightingale estudió sus observaciones, criticó las acciones, analizó las percepciones de la enfermería y se aproximó a sistematizar una comprensión del concepto de enfermería (Meleis, A. 1997). La ciencia en esta época daba un salto cualitativo, la investigación empírico positivista dio paso a los descubrimientos de Pasteur y Koch, los que permitieron un gran avance en el estudio y tratamiento de la enfermedad. Sin embargo

Nightingale consideraba que el positivismo conducía al ateísmo, por lo que su teoría de la enfermedad se apartaba de la teoría científica. En su libro *Notas sobre enfermería* escribe lo siguiente:

El proceso reparador que la naturaleza ha instituido, y que nosotros llamamos enfermedad, ha sido entorpecido por alguna falta de conocimiento o de atención en alguna o todas estas cosas, y entonces comienza el dolor, el sufrimiento o la interrupción de todo proceso de recuperación (Nightingale F., 1991:2).

La frase que se ha hecho famosa en el estudio de la enfermería, de que es obligación de la enfermería procurar las condiciones para que la naturaleza actúe sobre el paciente; es interpretada actualmente no como naturaleza en su concepción científica sino más bien *Naturaleza* en una concepción teológica o divina. De acuerdo a varios autores, Florence Nightingale contempló el dolor y el sufrimiento que acompañan a la enfermedad como un asunto moral o religioso antes que como cuestión sanitaria, esto debido a su fuerte filiación religiosa. Por lo tanto la mujer que se dedicaba a la enfermería antes de tener una fuerte calidad intelectual debía ser de una profunda convicción moral y demostrar autodisciplina. (Hernández J., Moral de Calatrava P. y Esteban A., 2003).

Esta herencia prevaleció en forma explícita durante la fundación y el funcionamiento de la mayor parte de las escuelas de enfermería, donde se requería para ingresar una carta de comprobación de buena conducta moral, la cual era otorgada por un sacerdote y otra de buena salud otorgada por un médico. Estos requisitos jamás serían pensados en cualquier otra profesión sea relacionada con la salud o no.

Actualmente esta herencia es tal vez más sutil, podría estar asociada a las barreras que el colectivo de enfermeras expresa como dificultades para la

organización gremial, la teorización y la capacidad investigativa. Así como en la falta de claridad para asumir una posición política y social en relación a la salud de las personas.

En síntesis, resulta bastante contradictorio para nuestro pensamiento del siglo XX y XXI, que una visión científica sea estructurada dentro de un marco rígido basado en una combinación de ideología religiosa y militar. Por lo tanto la herencia de Nightingale, sin despreciar su aporte al desarrollo de la disciplina, debe ser estrictamente analizada para romper los esquemas que aun hoy atan el pensamiento en enfermería.

Pero la herencia cobra vida en el pensamiento de los y las herederas, en este sentido es importante destacar el valor social en cuanto a identidad de la enfermería como profesión, la cual fue practicada en la época que nos ocupa como vocación religiosa. La enfermería aunque no en todo el mundo, si en buena parte de el, necesitó un rostro asociado a la vocación, al sacrificio y al reconocimiento social.

3.3.- REFORMAS LIBERALES EN COSTA RICA Y SURGIMIENTO DE LA ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

En Costa Rica la época que nos interesa es el período que comprende la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. Para esta época en nuestro país la actividad económica giraba en torno a la labor agrícola, especialmente al café. A pesar de este gran auge, esta forma de organización económica y social solo beneficiaba a unos pocos, grandes propietarios que acaparaban la producción y a raíz de esta actividad se expropiaron terrenos que pertenecían a una población ahora empobrecida.

Los principales perdedores fueron los campesinos pobres, perjudicados por la privatización de las tierras comunales, y los indígenas asentados en el Valle Central, desposeídos al calor de la colonización agrícola...en un proceso que los condenó a la exclusión y olvido. El destino de los productores de escasos recursos fue el trabajo asalariado. La proporción de jornaleros en la Población Económicamente Activa subió de un 25 a un 36 por ciento en 1927 (Molina I. y Palmer S., 1997: 51).

A pesar de esto, para esta época los costarricenses empiezan a sufrir una de las mayores amenazas para su bienestar: el desempleo, que aunque no era un problema nuevo se agudizó como una gran consecuencia de la crisis de 1929. Bajo estas condiciones la población sufría de altos niveles de pobreza. Las condiciones de trabajo eran pésimas, con jornadas extensas que afectaron la condición de salud de hombres, mujeres y niños que participaban en la actividad agrícola. Las condiciones de higiene y salud eran precarias y la asistencia sanitaria muy escasa.

Para principios de siglo la actividad agrícola se había diversificado y empieza el auge de la producción bananera. En 1899 se funda la United Fruit Company, empresa que monopoliza la producción y exportación del banano primero en la zona del caribe y posteriormente en el pacífico (Molina I. y Palmer S, 1997). Esta actividad productiva trajo como consecuencia mayores enfermedades y más complejas, las cuales estaban asociadas a las condiciones de vida y de trabajo de la población.

Para la década de los 30, Costa Rica contaba con ocho hospitales generales que reunían en total 1595 camas. Estos hospitales eran el San Juan de Dios, el cual atendía a más de la mitad de los enfermos del país. Otros hospitales como el de Heredia, Alajuela, Cartago, Grecia, Puntarenas, Liberia y el Hospital de United Fruit Company, atendían una menor cantidad de pacientes y no tenían capacidad para la atención de enfermedades graves. Todos estos centros estaban a cargo de Juntas de Caridad las cuales estaban dirigidas y apoyadas por personas que formaban parte del sector económico dominante, con esto se aseguraban la atención de sus trabajadores y la seguridad de sus inversiones. Estos trabajadores enfermaban especialmente de malaria, paludismo y tuberculosis.

Entre los datos de la época se tiene que las principales enfermedades del país eran infecciosas, epidémicas y endémicas causadas por la condición de pobreza de la población, por la falta de higiene y la desnutrición. Además de las ya anotadas se registran como principales causas de morbilidad y mortalidad, la anemia, tosferina, sarampión, sífilis, viruela, gripe y cáncer; además se consideraba la alta mortalidad infantil como la mayor preocupación. (Botey A., 1991).

Los cambios que se daban en el mundo, especialmente en sociedades avanzadas como la europea y la norteamericana, influyeron en muchas áreas del desarrollo de Costa Rica. San José se convirtió de una pequeña aldea a una

ciudad más compleja, la organización socioeconómica y las ideas liberales que surgieron en esta época requerían cambios, de manera que se empezaba a requerir un tipo de organización que velara por aspectos sociales, que permitieran a los pobladores mayor desarrollo educativo y mejores condiciones de salud. Algunos hechos fueron decisivos y se convirtieron en obstáculos para el logro de estos propósitos, por una parte los conflictos bélicos y por otra parte la epidemia de cólera, así como una elevada mortalidad infantil y materna, estas situaciones diezmaron en forma muy importante a la población en este período. (Molina I. y Palmer S., 1997)

Durante las últimas décadas del siglo XIX, se empieza a expresar el pensamiento liberal, el cual va a ir acompañado de una serie de reformas sociales. La vida cultural y social se enriquece y se conforma un círculo de científicos, políticos e intelectuales llamado el "Olimpo", quienes tienen una gran influencia sobre la sociedad y tenían como fin modernizar el país. En el plano administrativo se da una reforma y se fortalece el desempeño de la acción del Estado. Se da una preocupación por mejorar las condiciones de vida de la población y especialmente por disminuir la mortalidad infantil que llegaba a tasas muy elevadas. Sin embargo el propósito principal siempre estuvo relacionado con el fortalecimiento del carácter nacional, estimular el capitalismo agrario, educar a las culturas populares, erradicar la práctica de la medicina popular y procurar un fuerte nacionalismo que equivaldría al fortalecimiento del Estado.

Este movimiento encontró mucha resistencia por parte el clero y otros grupos conservadores, especialmente la oligarquía cafetalera que veía disminuir su poder político y económico. La oposición se dio ante un proyecto liberal que amenazaba la organización tradicional de la sociedad y las familias, al querer civilizar a las culturas populares, en cuanto a lo administrativo ya que otorgaba más poder al Estado, en cuanto a la educación al declarar la educación obligatoria, y en el campo de la salud proponía una gran reforma con la incorporación del pensamiento científico y racional, la persecución de la medicina

popular y la ilegalización de algunas tradiciones. Todos estos acontecimientos y luchas dieron como resultado la creación de instituciones estatales que venían a hacerse cargo de aspectos como la educación y la salud. (Molina I. y Palmer S., 1997). Estas instituciones surgen como resultado de los esfuerzos por conformar un gobierno democrático; los gobernantes y los nuevos propietarios de los medios de producción empezaron a cuestionarse cómo ampliar la distribución de las prestaciones y de los servicios sociales. Es así como se empiezan a manifestar en Costa Rica las primeras características del Estado de Bienestar. Estos movimientos fueron el reflejo de todo un panorama político, económico y social a nivel mundial y sus efectos rápidamente afectaron la vida en nuestro país. Para Ashford:

El modelo liberal de gobierno era, en realidad, muy fuerte en términos de derechos políticos y organización política; pero resultó también muy frágil, desde el momento mismo en que las complejidades de la política social vinieron a integrarse en el ámbito de los Estados modernos. (Ashford, 1986:13)

En nuestro país el proceso de construcción de este sistema de bienestar fue bastante complejo, la realidad social costarricense era bastante precaria; para finales del siglo XIX y en los primeros años de 1900, se originaron varios movimientos sociales y políticos que demandaban mejoras salariales, disminución de las jornadas laborales y protección contra el desempleo. Los sectores dominantes se debatían entre sectores liberales y conservadores; ambos protegían el interés por asegurar el crecimiento del Estado y por ende procurar un ambiente de tranquilidad, libre de los riesgos que podría generar el disgusto de las masas, esta tranquilidad les permitiría afirmar la seguridad de sus bienes, de esta manera se empiezan a dar medidas sociales para la protección a la población.

Todo este panorama nacional es reflejo de una serie de transformaciones a nivel mundial. La influencia de los médicos que habían salido a estudiar a Europa, ya que su extracción de clase así se los permitía, y la presión de varias instituciones y fundaciones encargadas de la atención a la salud, abrieron el camino para una modernización en el campo de la salud. Se da una preocupación de los gobernantes por ofrecer una preparación más científica en el campo de la salud, especialmente en lo relacionado con la asepsia, la fisiología y la neonatología. Es aquí donde encontramos los orígenes de la educación de enfermería en nuestro país, lo cual nos lleva a comprender cómo se fue generando este conocimiento a partir del contexto histórico.

La recopilación de estos datos así como el interés que algunas historiadoras han despertado hacia los orígenes de la enfermería en Costa Rica tiene especial relevancia, y ésta se define principalmente en el estudio de las diferencias de género en Costa Rica desde la colonia hasta las primeras décadas del siglo XX. De esta forma se asocian las investigaciones con el surgimiento de la educación femenina a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y por otra parte el papel de la enfermería como una de las primeras profesiones junto con la de magisterio en que incursionaron las mujeres de la Costa Rica de esos años, enfermería fue la primera en el campo de la salud.

Este análisis de la realidad social en Costa Rica nos permite incursionar en el concepto de control social, con esto podemos comprender por qué algunos sectores políticos y científicos se interesaron tanto en el desarrollo profesional de la enfermería en esta época. El control social se vincula con problemáticas que van más allá de la consideración en las políticas sociales, tienen un componente esencialmente ideológico y es a partir de los años sesenta y setenta en que se ha profundizado en este concepto para poder llegar a interpretar fenómenos sociales que anteriormente se estudiaban de forma aislada. Ejemplo de esto son las problemáticas como el género, la clase social, la socialización, la educación y la salud (Marín, 2001).

En cuanto a la salud, la siguiente cita nos permite tener una idea más clara de los alcances de esta forma de control:

La ideología sanitaria en su afán de controlar a los bastardos, las rameras, las mujeres solas o deshonradas, las obstetras, las curanderas, los empíricos, los peligrosos púberes, los niños, los delincuentes, los artesanos, y los campesinos entre otros, penetró en el imaginario colectivo de diversas clases sociales y los contenidos ideológicos formaron parte de sus formas de raciocinio inorgánico. (Marín, 2002: 35)

El mismo autor señala que las enfermedades venéreas como la sífilis y las enfermedades mentales como la idiotez, la paranoia y la melancolía, se convirtieron en los males más temidos dentro de una sociedad “sana”, las acciones dirigidas al control de estos padecimientos permitieron normar las conductas desordenadas del pueblo. Así se institucionalizó el poder de las cárceles y los establecimientos sanitarios, incluyendo el Hospital para Insanos.

Todo este panorama permite darle contenido al estudio de la historia de la enfermería, el cual se enriquece más con las investigaciones sobre género e historia de Costa Rica, en este sentido encontramos los aportes de dos estudios que hacen referencia al surgimiento de la enfermería en Costa Rica.

El primero de ellos es la tesis de maestría en Historia de Virginia Carvajal (1997) la cual se refiere a las relaciones de género en la Costa Rica de los años veinte. Para Carvajal, los inicios del siglo veinte en Costa Rica definieron en forma muy importante la concepción sobre la política social. El desarrollo de la Salud Pública se da como una necesidad emergente para atender un problema de salud específico. En esta época (1915-1923) se da el proceso de institucionalización de

la Salud Pública con la creación de la legislación. La Subsecretaría de Salud Pública en 1922, la que luego adquiere condición de Ministerio en 1927. En 1900 comienza a funcionar la Escuela de Obstetricia bajo el auspicio de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia.

En este sentido es importante señalar que si bien el ejercicio del magisterio se convierte en la principal actividad profesional para las mujeres, existen otros campos donde su participación comienza a ser relevante, como por ejemplo en el sector salud sobre todo en dos áreas específicas: la obstetricia y la enfermería, profesiones que al igual que la educación, se consideran socialmente aceptables para el desempeño profesional de las mujeres, dada su vinculación con características propias del sexo femenino, definidas como tales por las relaciones de género imperantes en la sociedad y relacionadas con el papel de la maternidad. (Mora V., 1998: 306-307).

La enfermería se convirtió junto con la obstetricia en una actividad a la que se podían dedicar las mujeres junto con la profesión de magisterio. Las obstétricas van a desempeñar un trabajo que antes realizaban las parteras por lo que no se da un proceso de feminización de la profesión lo que si ocurrió con la profesión de maestras. De este modo la enfermería se convierte en una opción para la realización profesional y laboral de las mujeres, hecho que debe rescatarse porque a pesar de esto, se dio bajo normas sociales definidas, las cuales permitían el traslado de un saber popular al ámbito institucionalizado y siempre bajo el control médico. Recordemos que la escuela de obstetricia y posteriormente la de enfermería (1917) se fundan por iniciativa de los médicos y durante muchos años el saber de estas enfermeras correspondía totalmente a lo que actualmente Shafer (1999) denomina como el saber adquirido en enfermería.

El contexto de la institucionalización de la Salud Pública, lleva además el traslado de la atención de la casa al hospital y la atención de la partería que anteriormente fue autónoma ahora entra a formar parte de sistema donde se determina un salario y la subordinación a los médicos. ***“Las comadronas entran como asalariadas en los hospitales y en las clínicas privadas, donde se encuentran en posición subalterna, ya no a disposición de las parturientas, sino a las órdenes de médicos todopoderosos...” (Knibiehler, 1993:23. Citado por Mora, 1998: 314).***

Según los datos recogidos por las mismas enfermeras, para 1935 en la Escuela de Enfermería, la formación era impartida por médicos, quienes enseñaban entre otras: anatomía y biología, no habían materias propias de enfermería y la enseñanza de la terapéutica era muy sencilla (Araya M., Araya G. y Solano O., 2000). Lo anterior demuestra un conocimiento subordinado a la profesión médica con muy escasa autonomía al no definir un cuerpo de conocimientos que se pudieran relacionar con los resultados de su práctica.

La influencia de las Reformas Liberales es el contexto político, económico y social en el que surge la enfermería como profesión en Costa Rica. Este conocimiento ejercido por mujeres bajo ***“...una visión racional y científica del mundo, que deslegitima lentamente la función social de las parteras.” (Mora V., 1998:312);*** es el conocimiento que va a generar una transformación que tiene consecuencias en varios aspectos; por un lado constituye una reforma impulsada por médicos y reformadores sociales que viene a establecer límites a la participación de la parturienta, la colocan como receptora de la atención, en una posición pasiva, institucionalizada que expropia el saber popular, sustituyéndolo por un conocimiento científico.

Por otra parte para la enfermería en general puede representar la visión que se tiene de las personas que atienden, una visión que durante muchos años ha

estado definida por una concepción de vulnerabilidad y poder que ha generado una relación asimétrica.

La tendencia a la profesionalización del saber popular, se extiende hacia la enfermería, así el 1º de marzo de 1917 inició sus clases la recién fundada Escuela de Enfermería.

Un hecho histórico relevante, como lo fue la primera guerra mundial, representa una coincidencia en el surgimiento de la educación en enfermería. Recordemos que para esta época la influencia europea en Costa Rica es fuerte en el ámbito social y cultural. Durante estos fenómenos bélicos las mujeres cumplen un papel muy destacado, surgen organizaciones de voluntarias y enfermeras que van a prestar sus servicios en la Cruz Roja. Aunque sobre esta experiencia femenina se ha escrito muy poco, la historia lo asocia con valores como la abnegación, el sacrificio, el heroísmo y la disciplina.

Por su estrecha relación con Europa, Costa Rica se ve amenazada, por esto contar con una escuela con una formación sólida va a representar un apoyo para la asistencia en caso necesario.

También sobre el tema de la profesionalización de la práctica tradicional de parteras, Malavassi, estudia el periodo comprendido en las cuatro primeras décadas del siglo XX, de manera que nos aporta elementos muy valiosos sobre los orígenes de la enfermería en Costa Rica.

Coincidiendo con lo expuesto anteriormente, esta autora señala que:

La fundación de la Escuela de Obstetricia en 1900 se ubica en el contexto de un proyecto político mayor que tenía como finalidad civilizar a las masas. Este proyecto conocido como las Reformas Liberales, se propuso fortalecer el control administrativo para robustecer el Estado Nacional, acelerar el proceso de privatización de las tierras comunales para favorecer la agro-exportación, y educar a las culturas populares por medio de la compulsión de la educación básica y la ilegitimación de algunas costumbres, entre ellas las prácticas curativas tradicionales, ubicadas actualmente bajo la categoría de sistemas de cuidado propio (Malavassi A., 2002: 74).

Los sistemas de cuidado propio incluyen una serie de conocimientos sobre el cuidado de la salud, como problemas médicos pre y pos natales que afectan a los niños y a las madres y de otro tipo de problemas que afectan a otros grupos. Se refiere además a conocimientos correspondientes a cómo diagnosticar y tratar estos problemas. Esta práctica del cuidado de la salud se da en dos niveles distintos, uno es en el hogar, a través de conocimientos ordinarios que han adquirido los integrantes de la familia y el otro es a nivel comunitario por parte de miembros de la comunidad que han adquirido conocimientos extraordinarios, en este caso la autora se refiere a los curanderos, comadronas o parteras.

Lo anterior no es ajeno para nuestra profesión, este tipo de conocimiento de cuidado va a inspirar a la enfermería comunitaria y podríamos decir que desde esta práctica, se da la construcción de un conocimiento que además de separar a la enfermería del ámbito hospitalario, le da la posibilidad de un ejercicio autónomo, que a diferencia del anterior, tiene mayor influencia sobre la realidad nacional y mayor injerencia en las decisiones dentro del campo de la salud.

En 1978 se conceptualiza la atención primaria en el país como una estrategia de apoyo para la extensión de la cobertura. Enfermería como respuesta a esta política de salud, adecua los perfiles de los profesionales en función de brindar apoyo a los programas de atención primaria en todos los niveles de atención (Araya M., Araya G. y Solano O., 2000).

También con esto podemos llegar a consideraciones como que el conocimiento en enfermería va uniendo el saber popular con una serie de conocimientos nuevos que surgen de la ciencia. Pero que en algunos periodos cruciales, la enfermería no desprecia este saber popular y lo recupera para conformar una práctica nueva como fue la que surgió a finales de la primera mitad del siglo XX en Costa Rica. Esta conjugación de conocimientos le da un carácter propio que deriva a una práctica profesional autónoma.

El estudio de Malavassi nos lleva a conclusiones que si bien son conocidas no habían estado apoyadas por un estudio tan acucioso como este. En relación a la influencia de las reformas liberales en el campo de la salud, tiene especial importancia el concepto de asepsia, entendido como todos los procedimientos que tienden a disminuir o eliminar microorganismos patógenos. El conocimiento médico en esta época está fuertemente influenciado por la revolución bacteriológica, fruto de la influencia positivista a través de la investigación experimental. El conocimiento en enfermería se ve influenciado por este paradigma biologista, a la enfermería como profesión se le delega la responsabilidad de promover y proteger las medidas de asepsia. Esta responsabilidad es asumida en forma tan comprometida y meticulosa que va a incidir fuertemente en la práctica del cuidado de la salud. Si a la biología le correspondió el descubrimiento de la relación entre bacterias y enfermedad, a la enfermería le correspondió idear y poner en práctica medidas para proteger a las personas de esta relación. Esto corresponde una línea fundamental en la

construcción del conocimiento, en primer lugar porque define una de las mayores áreas de empoderamiento de la enfermería y en segundo lugar porque aclara una dirección hacia un tipo de conocimiento técnico.

Si la enfermería en sus orígenes como profesión hubiera considerado el conocimiento popular, la cultura expresada como el saber y las creencias, al menos en igualdad de importancia que el saber científico, su cuerpo de conocimientos podría haber conformado un conocimiento propio. Sin embargo el contexto en este momento era muy claro, la ideología liberal buscaba eliminar estas formas de expresión cultural en busca de un desarrollo basado en la razón y la ciencia.

Esta breve referencia al contexto socio histórico del surgimiento de la enfermería como profesión, nos brinda un marco para establecer las primeras conclusiones sobre el pasado en la construcción del conocimiento enfermero.

La historia vista desde una perspectiva de género nos ofrece mayores y más bastos ejes de análisis. De aquí partimos hacia la influencia de la religión y el saber popular para darnos una idea del papel social de la enfermería antes y después de su profesionalización.

Una de las conclusiones fundamentales también se deriva del contexto político en que surge la enseñanza de la enfermería. Como proyecto liberal que permitiría afianzar las condiciones sanitarias para mejorar las condiciones de vida de la población costarricense y así asegurar el camino para el desarrollo de un capitalismo agrario con grandes posibilidades de enriquecimiento. De esta manera la enfermería sirve a intereses ajenos, sin que se pueda vislumbrar hasta el momento una posición crítica en defensa de los intereses de los sectores más pobres. En el plano del ejercicio profesional y su relación social cabe reflexionar sobre la cita de Mora, quien al referirse al paso de la partería hacia la obstetricia señala lo siguiente:

Desde esta perspectiva sería interesante dilucidar, en futuras investigaciones sobre el tema, si esa situación provoca conflictos específicos sobre todo a nivel comunal, la actitud de las parteras ante el surgimiento de una competencia profesional en su espacio socio-laboral, y si éstas son permeables a recibir capacitación profesional que les permita integrarse a esa nueva visión más científica de la atención del parto, y las connotaciones culturales de este cambio, a nivel de las redes de solidaridad y sociabilidad establecidas por las mujeres, alrededor del embarazo, el parto y la crianza de las y los hijos. (Mora, 1998:314)

A partir de esta referencia se abre otro punto esencial del análisis, el cual corresponde al papel de la enfermería dentro de la sociedad y a cómo se establecen las relaciones con las personas que reciben esta atención. Podemos además establecer una aproximación para cuestionarnos ¿cómo ideológicamente la enfermería entiende la realidad de las personas? y ¿cómo respeta su cultura y su saber?

De lo anterior podemos asegurar, que los elementos que hemos considerado son material fundamental para comprender el desarrollo del pensamiento contemporáneo en enfermería.

CAPÍTULO IV:

ANÁLISIS DEL PRESENTE

4.1.- ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO EN COSTA RICA DE ACUERDO A LA MATRIZ DE CATEGORÍAS EPISTEMOLÓGICAS.

Para el análisis del conocimiento en enfermería en el presente es importante ubicarnos en el contexto histórico social y económico que hemos venido señalando desde el inicio de esta investigación. Desde que se establecen los orígenes de la enfermería como profesión se han señalado algunos de los principales acontecimientos sociales que constituyen giros en el progreso de este conocimiento. La realidad nos dice que en la mayoría de los casos la enfermería no ha sabido aprovechar estos momentos para reflexionar sobre su realidad y su futuro, o al menos si se ha dado esta reflexión, ésta no ha sido idónea desde el punto de vista cualitativo para producir cambios fundamentales en el ejercicio de la práctica.

La conformación de la estructura poblacional en el presente y las proyecciones futuras, así como el crecimiento de la pobreza y la inequidad económica, social y de género; el desempleo, el desplazamiento de grupos de población tanto a nivel nacional como internacional en busca de alternativas de sobrevivencia. El incremento de la violencia y el desarrollo de políticas para la defensa de los derechos humanos de las personas y los grupos vulnerables conforman el marco de la realidad social en que se desarrolla la enfermería en Costa Rica y en muchos otros países del mundo, especialmente los llamados del Tercer Mundo. Por lo tanto se espera que la producción del conocimiento tanto a partir de la investigación como de la reflexión de los problemas que atañen a la profesión, estén definidos en este marco socioeconómico; sin embargo como lo veremos en el análisis del presente capítulo el conocimiento construido no responde a esta realidad.

Por otra parte hemos considerado también en este estudio, los principales aspectos epistemológicos de la enfermería como disciplina científica. Aspectos que en muchos países cuentan con más de tres décadas de discusión y que en el

análisis de los estudios costarricenses no se da. A continuación se presenta una descripción y análisis de lo encontrado en los documentos a partir del estudio según la matriz que se ha construido.

El primer grupo de estudios que se analizó, correspondió a una muestra de 22 Trabajos Finales de Graduación elaborados como requisito de graduación para optar al grado de licenciadas en enfermería, en la Universidad de Costa Rica. Esta selección se obtuvo del total de 348 investigaciones realizadas durante los años de 1985 al 2004, incluye todo el periodo en que se ha generado esta producción.

Este grupo representa una extensa y muy variada selección de estudios, los cuales corresponden a un requisito académico para optar a la graduación como licenciadas y licenciados en enfermería con tres áreas diferentes: Enfermería General, Estudios de la Mujer y Perinatología y Salud Mental y Psiquiatría.

En relación a las y los creadores de este conocimiento, se distinguen dos vertientes bien definidas, por una parte tenemos los estudios realizados en el periodo comprendido entre 1985 y 2002, en este caso la característica principal es que la mayoría de los trabajos fueron realizados por enfermeras y enfermeros ya graduadas (os) como bachilleres en enfermería. A partir del 2002 se empiezan a generar trabajos de los y las estudiantes, quienes ingresaron a la carrera con un nuevo plan de estudios que inició en el año 1998. Con este nuevo plan se elimina el título de bachillerato en enfermería y se obtiene la licenciatura en enfermería, con una duración de cinco años y después de defender el Trabajo Final de Graduación, el cual incluye los mismos requisitos que cuando se iniciaron las primeras producciones en el año 1985.

Esta característica va a ser importante porque nos permitirá hacer comparaciones entre una producción y la otra. Para los propósitos de esta investigación el análisis se presenta agrupando la producción por quinquenios, así

se presentan los trabajos que fueron analizados y forman parte del periodo 1985 a 1989 (seis trabajos), otro grupo corresponde a 1990 hasta 1994 (seis trabajos), siguiendo los generados entre 1995 y 1999 (cinco trabajos). Por último, y tomando en cuenta la característica anteriormente señalada, se presentan los producidos entre el 2000 y el 2004 (cinco trabajos).

Cabe señalar que gran parte de los resultados que se derivan de cada eje de análisis, tienden a repetirse en los diferentes periodos, esto es de esperar ya que se está analizando un grupo de investigaciones bastante homogéneo. Sin embargo nos parece importante detenernos en las variaciones para encontrar los motivos de esta diferenciación.

Características generales:

**TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN SEGÚN PERIODO POR
MODALIDAD. ESCUELA DE ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
2005**

<i>PERIODO</i>	<i>TESIS</i>	<i>PRÁCTICA DIRIGIDA</i>	<i>SEMINARIO</i>	<i>PROYECTO</i>	<i>TOTAL</i>
1985 – 1989	4 8.7%	38 10.9%	0 0	0 0	42 12%
1990 – 1994	41 11.7%	83 23.8%	2 0.5%	3 0.8%	129 37%
1995 – 1999	47 13.5	63 18.1%	23 6.6%	3 0.8%	136 39%
2000 – 2004*	4 8.7%	20 5.7%	12 3.4%	5 1.4%	41 11.7%
<i>TOTAL</i>	96 27.5%	204 58.6%	37 10.6%	11 3.1%	348 100%

*A la fecha de este análisis, aun no se habían documentado los trabajos presentados durante el II semestre del 2004

Al organizar los trabajos por modalidad y periodo, vemos que en todos los periodos predomina la práctica dirigida. Esta modalidad según el reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica “...*consiste en la aplicación por parte del estudiante del conocimiento teórico de su especialidad...*” (Universidad de Costa Rica, 2000). Por lo tanto, permite que los y las estudiantes incursionen en el estudio de un problema o situación propia de la práctica.

En la modalidad de tesis, se da un proceso de investigación que consideramos propia del conocimiento empírico, en este caso se aporta algo original al fenómeno investigado. A diferencia de esto, en la práctica dirigida se aporta al conocimiento práctico, mientras que en la tesis el aporte es al conocimiento teórico.

Esta distinción ha sido motivo de discusión en diferentes campos de la enfermería; como ya se ha mencionado en esta investigación, la enfermería es una disciplina eminentemente práctica. Ahora lo que procede es determinar si esta característica ha significado un avance o no en la consolidación de un cuerpo de conocimientos para la enfermería en Costa Rica.

También es importante destacar que en los periodos comprendidos entre 1990 y 1999, se da la mayor producción de trabajos. De los 348 trabajos, 265 corresponden a esta época, y de ellos 146 son prácticas dirigidas. Este periodo además se caracteriza porque la gran mayoría de investigadores e investigadoras son enfermeras y enfermeros con amplia experiencia en el campo laboral, quienes van a aportar al conocimiento, especialmente al relacionado con la solución de problemas de la práctica. Esta característica va a representar una fortaleza para la enfermería, en el sentido en que se asegura la articulación de la investigación con la práctica y las instituciones involucradas.

Sin embargo, el trabajo interdisciplinario es nulo y la presencia de personas ajenas a la enfermería formando parte del comité asesor en los trabajos de graduación es muy escasa.

Aunque la producción de tesis es menor, es la segunda opción que se elige con un total de 88 en este periodo.

Para Sarvimäki (1994), citada por Meleis (1997), hay una distinción entre conocimiento teórico y conocimiento práctico, aunque reconoce un significado equitativo. El conocimiento teórico promueve el conocimiento de lo que es la disciplina de enfermería, es una base intelectual que incluye supuestos, conceptos, proposiciones y modelos; el canal de comunicación en este caso lo constituye la teoría y la ciencia, o sea la producción escrita, las publicaciones que incluyen nuevo conocimiento sobre un fenómeno de la disciplina.

Por otra parte el conocimiento práctico incluye el pensamiento personal y colectivo, las ideas, reflexiones, intuición, síntesis e integración entre ciencia y arte. El canal de comunicación es la tradición; aunque es un conocimiento que puede estar recopilado en publicaciones, éste no es sistemático y en el caso de los trabajos que se analizaron, el conocimiento no fue replicado.

Este aporte, se convierte en un punto clave para el conocimiento del saber en enfermería y lo que podríamos encontrar en el futuro. Lejos de mantener esta separación, el análisis debe permitir develar las características de uno y otro, y su carácter de complementariedad, esto nos llevará a aproximarnos a la relación de la teoría y la práctica como el resultado de la producción investigativa articulada al ejercicio.

El conocimiento construido tanto a partir de las tesis como de las prácticas dirigidas constituye un legado importante para el conocimiento, sin embargo este aporte ha sido desordenado, porque parte de problemas aislados que no tienen un

eje definido, por lo tanto no se da un carácter propositivo que guíe el camino de lo que interesa investigar en enfermería. Por este motivo el valor del aporte tendrá que estudiarse retrospectivamente, esto constituye material para futuras investigaciones.

En cuanto a la incorporación de la teoría de enfermería en las investigaciones estudiadas, se comprueba que esto prácticamente está ausente. En algunos casos se introduce como punto de partida, pero al final no se logra construir nuevo conocimiento, esto porque el conocimiento teórico en enfermería no constituye un aspecto central en casi todos los trabajos de graduación analizados.

Según el estudio realizado por Althoff y otras (1996), en la producción del conocimiento en los cursos de pos grado de la Universidad Federal de Santa Catalina, para 1986 se daba una gran preocupación por la práctica asistencial y se constató que para esta época muchos de los trabajos de investigación eran muy profundos y extensos, pero éstos no estaban respondiendo a lo que requería la práctica, pues eran esencialmente académicos, por lo que una de las mayores preocupaciones era el distanciamiento que se estaba dando entre investigación y realidad.

Para 1996, seguía existiendo una mayor incidencia de estudios exploratorios, seguidos de estudios sobre la práctica asistencial. Pero a partir de 1994 los estudios sobre la práctica empiezan a crecer. (Althoff y otras, 1996). Estos datos nos permiten establecer una comparación con el análisis realizado en esta oportunidad con la producción costarricense.

A diferencia de la realidad brasileña, en nuestro país durante el periodo de producción de este conocimiento se han privilegiado problemas de la práctica, sin embargo estos estudios aunque sean abordados en investigaciones con modalidad tesis o práctica dirigida, no logran consolidar un cuerpo de

conocimiento. Sin embargo nos surge la gran interrogante en el sentido de que aunque en enfermería se ha generado conocimiento, éste no ha sido lo suficientemente apreciado en las nuevas producciones. Lo anterior nos habla entonces de la actitud de los y las investigadoras en enfermería, quienes han continuado apreciando más el camino del conocimiento adquirido y no el camino para construir un conocimiento propio.

Con este análisis inicial, pasamos a establecer el análisis de cada uno de los grupos de estudios seleccionados.

GRUPO 1985 – 1989

Los trabajos revisados fueron los siguientes: Mora, A. (1987) el cual correspondió a modalidad de tesis; Vargas, Z. y Ugalde, G. (1985); Arenas, A. y Corella, A. (1988); Varela, M. (1989); Pérez, M. y Vargas, L. (1988) y Arce, G. y Garita, M. (1986), estos cinco trabajos correspondieron a modalidad práctica dirigida, con lo cual podemos concluir que la cuestión central de los estudios es la práctica profesional.

En cuanto a las fuentes del conocimiento en enfermería, tenemos que las áreas consideradas fueron: salud pública (en 3 estudios), obstetricia (en 2 estudios), pediatría, auto cuidado, administración y educación. Entre las fuentes externas o fuentes de otra disciplina que fundamentaron estos estudios destacan: la epidemiología (en 3 estudios), la medicina (en 3 estudios), la educación (en 2 estudios), la biología, microbiología, administración y psicología (en un estudio cada una).

Sobre el eje del abordaje tenemos que en todos los estudios el punto de partida es empírico positivista; esto se justifica ya que se encontró en el caso de la tesis, relación de variables y análisis estadístico de los datos. En las prácticas dirigidas se encontró que en una de ellas se parte de un problema social que

involucra a la práctica profesional (directrices de atención en un hospital especializado), esta investigación promueve una transformación en la intervención de enfermería, sin embargo se destaca que no surge como iniciativa de la enfermería en Costa Rica sino como una política internacional. El uso de instrumentos de medición se encuentra en todos los trabajos, en uno de ellos se valora la interacción personal mediante el uso de escalas numéricas. En otro estudio, en el cual se trabaja como fuente de conocimiento la educación en salud, ésta es abordada mediante un diseño antes y después. En tres trabajos con modalidad práctica dirigida, se realiza un diagnóstico previo a la implementación de la propuesta para resolver el problema de la práctica. En otros dos trabajos se evalúa la calidad de la atención de enfermería en áreas determinadas de la atención mediante el uso de instrumentos de medición cuantitativa. Lo cual nos permite ver la influencia empírico positivista.

El punto de llegada en este tipo de abordaje es congruente con lo señalado en el de partida. En todos los estudios analizados, el análisis de resultados y las conclusiones están definidos por este enfoque, sin embargo no se profundiza en un análisis empírico ya que en el caso de las prácticas dirigidas no se pone a prueba empíricamente la validez de la propuesta. Con esto no se articulan los resultados obtenidos con los esperados de acuerdo a la teoría.

En cuanto al abordaje conceptual, se encontró que en todos los trabajos analizados, se menciona este tipo como punto de partida, sin embargo no se puede considerar como abordaje porque se mencionan teorías de enfermería (Orem y Mercer), teorías de otras disciplinas (Teoría General de Sistemas) y en un caso se propone una capacitación sobre Proceso de Atención de Enfermería, pero no se hace referencia a ningún sustento teórico sobre esto, o el referente se limita al marco conceptual.

Cuando se analiza el punto de llegada, se confirma lo anotado en relación al abordaje conceptual. A pesar de que se propone en varios estudios investigar

sobre auto cuidado, esta teoría no es una cuestión central. Este tipo de abordaje apenas se menciona en el punto de partida, pero no llega a articularse con los resultados. Por lo tanto en el punto de llegada esta ausente; al no existir conceptualización al interior de la disciplina, no se da el conocimiento en enfermería.

En ningún trabajo analizado en este grupo se encontró un abordaje clínico como punto de partida, ni de llegada.

El análisis de los diferentes abordajes, coincide con los tipos o formas de conocer propuestos por Meleis (1997). Por ejemplo el conocimiento silencioso se distingue en todos los estudios. En dos prácticas dirigidas no se hace referencia al conocimiento ni a la experiencia en enfermería, por el contrario en tres de ellos se menciona el saber de enfermería en los aspectos teóricos y un poco en los metodológicos, (teoría del auto cuidado y proceso de atención de enfermería) pero en la discusión y el análisis de los resultados esto está ausente. En otro trabajo se parte de la Teoría General de Sistemas, pero sólo se menciona en el marco de referencia; al final no se articula con los resultados, En el caso de las prácticas dirigidas tenemos que el punto de llegada sigue siendo silencioso, ya que se centra en los resultados de lo que se hace (la práctica) y no aporta al conocimiento, el saber queda subordinado al hacer.

El tipo de conocimiento es básicamente adquirido, entre las principales fuentes se tiene la educación y la epidemiología, sin embargo en esta última debe señalarse que se usa más como referente que como forma de construcción del conocimiento, ya que no se hace investigación epidemiológica desde la enfermería. El conocimiento subjetivo está casi ausente, y el de procedimiento, aunque no se reflexiona en cómo éste se ha venido desarrollando, si aporta en términos de que la mayoría de los estudios proponen una forma de abordar el problema.

Según los patrones de conocimiento (Carper, 1978) tenemos que prevalece el empírico en todos los trabajos estudiados. Se establece relación de variables, todos están basados en la recolección de datos mediante instrumentos de medición, los cuales en algunos casos se derivan de normas de atención estandarizadas, con lo cual no se da un aporte al problema desde la enfermería. Sin embargo este patrón debe analizarse más a fondo, ya que estos estudios aunque hacen referencia a la teoría de enfermería o a la teoría de otras disciplinas, no establece relaciones causales entre el conocimiento que existe sobre el problema y los resultados obtenidos. Esto se demuestra cuando se considera más el desarrollo técnico y metodológico y menos la teorización.

El otro patrón que encontramos con mayor frecuencia es el estético (presente en cuatro de los seis estudios). Cuando se trabajan aspectos de educación en salud y se proponen aunque sea implícitamente aspectos metodológicos para la intervención en enfermería, se está aportando a este patrón de conocimiento. En uno de los estudios el patrón estético es esencial, esto porque se refiere a un problema relacionado con la interacción madre, hijo (a) y personal de salud; en este caso se plantea enseñar el arte de cuidar al recién nacido.

Después de estos dos patrones de conocimiento encontramos con más frecuencia el ético, el cual está presente en tres de los seis estudios. Aunque esto no es explícito, no se considera dentro del marco de referencia ni en los propósitos de la investigación, podemos concluir que cuando surge la preocupación por mejorar la calidad de la atención mediante la evaluación y la capacitación, se está pensando en un problema ético, en este caso interesa el actuar y esto conlleva implícitamente un carácter ético.

El conocimiento personal se refleja en dos de los seis estudios. Aunque no está definido en los propósitos, la esencia de uno de los estudios es la interacción personal y en otro se menciona desde la teoría de Orem, la importancia de la

relación enfermera (o) persona; sin embargo en ninguno esto es objeto de mayor reflexión por lo que el aporte es poco.

El patrón de conocimiento sociopolítico solo se encontró presente en uno de los estudios y en ninguno se dio una visión histórica social del problema.

En términos generales el aporte que estos estudios dan al saber en enfermería está relacionado con el conocimiento práctico. Ya que con esto se generan estrategias metodológicas para la intervención, sin embargo queda un gran vacío en cuanto a la conceptualización de esta práctica y la aplicación posterior de este conocimiento, ya sea en la práctica o en futuras investigaciones.

GRUPO 1990 – 1994

Los estudios que fueron revisados en este periodo correspondieron a las siguientes autoras: Miranda, L. (1994), Ortiz, K. (1993), Olmos, F. y Salazar, F.(1994) Calderón, M. (1992), las cuales correspondieron a la modalidad tesis. Chávez, L. y Vargas, A. (1990) con modalidad práctica dirigida y Bonilla, R., Chacón, X., Narváez, E. y otras, con modalidad seminario.

En este caso predominan las tesis, sin embargo como veremos el objeto de estudio siempre deriva hacia el conocimiento práctico, dejando como cuestión periférica el abordaje de la teoría.

Entre las fuentes de conocimiento de la disciplina encontramos, la salud reproductiva (en 2 estudios), la administración (en 2 estudios), salud pública, salud mental y psiquiatría, geriatría, (cada una en un estudio) y aparece en esta oportunidad un tema de estudio que es compartido con otras disciplinas, éste corresponde al tema de familia (en 3 estudios). Las fuentes del conocimiento externas incluyen: la epidemiología (en 4 estudios y en otro aparece la

epidemiología laboral), la medicina, la biología, la farmacología, la estadística, la psicología y la psiquiatría.

En cuanto a las formas de abordaje encontramos también en esta oportunidad el predominio empírico positivista, todos los estudios abordan el problema a partir de una metodología cuantitativa, con análisis de estadística descriptiva.

En el abordaje conceptual encontramos que en dos estudios hay conceptualización en el marco de referencia, en uno a partir de la teoría (Rubin) y en otro a partir de una revisión de estudios anteriores realizados en enfermería en Costa Rica. Con las conclusiones de estos estudios, igual que en el grupo anterior, no se genera conocimiento de enfermería, ya que el referente conceptual de enfermería es pobre y la articulación de éste con los resultados de la investigación no se da.

En este periodo se encontró en los estudios analizados, la presencia del abordaje clínico con modalidad de tesis. Este estudio se refiere a la modificación de un procedimiento en el cuidado directo, es de tipo cuasi experimental con medición antes y después de variables biológicas. Éste representa uno de los estudios más completos desde un abordaje empírico positivista, sin embargo nos permite tomarlo como ejemplo para relacionar los demás ejes de este análisis.

En relación a los tipos o formas de conocer (Meleis, 1997), se reconoce el conocimiento silencioso, ya que en los aspectos teóricos y metodológicos no hay referencia al conocimiento de enfermería. Se fundamenta en conocimiento de otras disciplinas especialmente de la medicina, al que se recurre en la discusión de los resultados para dar validez a los hallazgos, con lo que se fundamenta en la autoridad de otros. En la mayoría de estos estudios no podemos señalar que el conocimiento es totalmente adquirido; tomando en consideración uno de ellos, resulta difícil delimitar esto, ya que en la construcción de la práctica de enfermería,

se traslapan elementos del conocimiento médico con elementos de el conocimiento de enfermería y del saber que nos llega a través de la tradición.

El conocimiento subjetivo se encontró presente solo en uno de los estudios, en este caso el ejemplo corresponde a una tesis con énfasis en Salud Mental. Se introduce una estrategia metodológica que es la observación participante, de esta manera la y el investigador (a) se involucran explícitamente en el proceso. Esto se define en los aspectos metodológicos, sin embargo el conocimiento que se deriva no se aprovecha en la discusión, así el aporte en este sentido es poco y no se retoma la riqueza de los resultados a las conclusiones.

El conocimiento derivado del procedimiento se determinó en dos estudios, en uno de ellos, éste era el propósito principal y se trató de un avance técnico porque demostró cual es el procedimiento adecuado para abordar un problema de la práctica, mientras que en el otro el procedimiento tiene que ver con la forma de proceder en educación en salud.

En relación a los patrones de conocimiento tenemos que como se mencionó, el patrón empírico está presente en todos los estudios. Se utiliza el método inductivo, se consideran aspectos que puedan ser cuantitativamente medibles, utiliza la matemática para establecer la relación de variables y se apoya en el método científico. El patrón ético en este grupo sigue siendo implícito, en todos los casos se considera estudiar un problema para llegar a mejorar la práctica. En una de las investigaciones se hace referencia al contenido ético definido por la Organización Panamericana de Salud, para un problema específico, pero no lo retoma como parte de los resultados o la discusión.

Sobre el patrón sociopolítico, encontramos en estos estudios la descripción de los aspectos socioeconómicos, culturales, psicológicos, educativos, geográficos y políticos. Se presenta una caracterización de una población urbana marginal pero no se da una posición crítica sobre el problema.

El patrón histórico se integra en uno de los estudios, pero es totalmente descriptivo de los hechos; los resultados de la investigación o los aspectos de la realidad que se está estudiando no se explican desde este patrón.

El aporte de este grupo de trabajos de graduación se da siempre en el sentido práctico, aunque se integran elementos de otros patrones del conocimiento como el patrón personal o el tipo de conocimiento subjetivo, así como el patrón ético, se pierde la oportunidad de avanzar en el conocimiento de enfermería porque no se concluye sobre la base teórica que puede explicar los problemas estudiados.

GRUPO 1995 – 1999

Los trabajos estudiados en esta oportunidad correspondieron a: Sandoval, M. (1997), Chavarría, D. y Flores, N. (1999), ambas corresponden a práctica dirigida. Abarca, Y. y Guevara, M. (1996), López, M. y Muñoz, E. (1995) las dos se clasifican como tesis. Araya, J., Fonseca, L., Hernández, S., Lewis, J., Mata, P., Salazar, H. (1999) que corresponde a seminario de graduación, modalidad que aparece por primera vez en este análisis.

Las fuentes internas de conocimiento en este caso fueron: administración (en 3 estudios), médico quirúrgico (2 estudios), pediatría, infectología, salud pública y familia cada uno en un estudio. En las fuentes externas se incorpora en el estudio de Araya, J. y otros (1999) la perspectiva de género, además aparece la antropología y la historia y como en los grupos anteriores: la epidemiología (en 2 estudios), la psicología (en 2 estudios) la biología, la estadística, la administración, la psiquiatría y la microbiología.

Al estudiar sobre el abordaje, se encontró igual que los dos grupos anteriores que todos los estudios tienen un abordaje empírico positivista a

excepción de dos de ellos, el que correspondió a seminario (1999), y el que correspondió a práctica dirigida (1999), en que el abordaje es empírico fenomenológico, aunque este último por tener esta modalidad presenta características metodológicas cuantitativas y cualitativas, con estos dos ejemplos, se introduce en el análisis que nos ocupa en este momento el paradigma fenomenológico.

Como en los otros casos el abordaje conceptual es muy débil y se presenta básicamente con un referente teórico (Orem), pero éste no constituye en ningún momento un aspecto central. Uno de los estudios tipo tesis, se refiere en parte a un abordaje clínico al estudiar las infecciones intra hospitalarias, esto surge como consecuencia de un mal cuidado clínico, por lo que podría considerarse en parte este abordaje.

En las formas de conocer (Meleis, 1997), de nuevo se da que el conocimiento silencioso prevalece y que los fundamentos que guían las investigaciones corresponden a un tipo de conocimiento adquirido. Sin embargo se ha señalado hasta el momento que se incorporan elementos en la investigación que nos pueden llevar a encontrar las vías para el conocimiento construido. La ubicación de un paradigma fenomenológico, permite dilucidar algunas de estas vías pero aun no se obtiene de estos estudios un cuerpo de conocimientos que puedan sustentar la consolidación o la construcción de teorías.

En cuanto al conocimiento subjetivo encontramos dos ejemplos interesantes, uno de ellos el que corresponde a salud mental. En este caso se plantea un programa de apoyo psico afectivo, desde luego que esto involucra el conocimiento subjetivo o como lo menciona Carper (1978), patrón de conocimiento personal. Durante todo el estudio esta característica del conocimiento en enfermería está presente, sin embargo no se reflexiona sobre esto ni se aporta una discusión que pueda orientar a investigaciones futuras. Aquí notamos la

presencia de un conocimiento propio de la disciplina en la medida en que pueda integrar científicamente este tipo o este patrón de conocimiento.

El otro ejemplo también corresponde a un estudio fenomenológico en el cual se considera en términos teórico metodológicos el tema de actitudes hacia sí mismas y sí mismos, y actitudes hacia otras personas. Sin embargo en este caso se refiere a las personas que son sujetas de estudio y no a los y las investigadoras. Con esto se está considerando una parte de este conocimiento personal; pero aquel que se deriva de la realidad subjetiva de enfermeras y enfermeros investigadores (as) cuando se encuentran ante otra realidad subjetiva, la de quienes son investigadas no se identifica.

El patrón de conocimiento estético y el ético se dan con las mismas características presentes en los grupos anteriores.

El patrón socio político se toma en cuenta especialmente en el estudio que considera la perspectiva de género. También en este estudio se identifica un patrón histórico como punto de partida.

GRUPO 2000 – 2004

Para este último grupo del análisis se tomaron en cuenta cinco investigaciones de las cuales tres pertenecen a estudiantes que se graduaron con el nuevo plan de estudios. Estos estudios fueron los siguientes: Espinoza, C., Mena, H. y Salas, M. (2004), Barrientos, G., Chacón, S. y Ramírez, N. (2003), ambas corresponden a práctica dirigida. Además se tomó en cuenta la tesis de Cubero, C. (2003). Los otros estudios que se consideraron fueron el de Bermúdez, G., León, K. (2000) que correspondió a práctica dirigida y por último el de Calvo, A. y Ugarte, S.(2001), que correspondió a proyecto.

En cuanto a las fuentes internas de conocimiento, tenemos que se integra a estos resultados el tema de discapacidad, adolescencia y dolor y cuidado paliativo; además encontramos familia, pediatría, médico quirúrgico y salud mental. Como fuentes externas se integra la filosofía en uno de los estudios. Se presenta como en los grupos anteriores, la psicología (en 3 de los estudios), la medicina (en 2 estudios), la epidemiología (en 2 estudios), la microbiología, la pediatría, la biología.

En relación al abordaje del estudio de nuevo coincidimos en la presencia en todos los estudios de un abordaje empírico, sin embargo en dos de ellos es de tipo fenomenológico y en otros dos es positivista. En otro estudio el abordaje es mixto. En cuanto a la forma conceptual se encuentran en este grupo algunas diferencias con respecto a los otros. Los estudios que provienen de estudiantes del nuevo plan de estudios integran como punto de partida, la discusión sobre la importancia que tiene el tema en estudio para la enfermería. Se mencionan aspectos epistemológicos como la posición paradigmática y se define más ampliamente la fundamentación teórica. Sin embargo tampoco se llega a la conceptualización y articulación de los resultados con la teoría.

El abordaje clínico apenas se distingue en parte en uno de los estudios, sin embargo no es este el propósito principal sino que se identifica porque la temática tiene relación con este tipo de abordaje.

En cuanto a los tipos de conocimiento (Meleis, 1997), todavía encontramos conocimiento de tipo silencioso y adquirido de otras disciplinas, sin embargo se definen explícitamente aspectos conceptuales de la enfermería como ciencia. Estos aspectos se dan principalmente en los trabajos de las egresadas y los egresados del nuevo plan de estudios. Sin embargo aun no se logra articular el punto de partida con el de llegada, ya que es débil la discusión y el aporte a la construcción del conocimiento no es sólido, esto se da porque falta precisar la relación de la investigación con la teoría y la práctica.

El conocimiento subjetivo se define desde el punto de partida como uno de los objetivos y se continúa como un eje fundamental en toda la investigación. En dos de estos estudios (Cubero, 2003 y Espinoza y otros, 2004), se da la definición dentro de un paradigma fenomenológico, además el patrón de conocimiento ético se menciona explícitamente; esto es congruente a lo largo de todo el estudio. El patrón de conocimiento personal cuestiona sobre significados, sentimientos, conocimientos y prácticas de las personas investigadas, pero aun no se da esta reflexión desde la vivencia de las y los propios (as) investigadores (as)

Sobre los patrones socio político e histórico, se puede decir que se describe y se discute sobre las dificultades sociales que sufre la población estudiada, sin embargo aun no se identifica una posición crítica al respecto.

Estudio de las publicaciones de la revista Enfermería en Costa Rica:

El análisis de la producción del conocimiento en Costa Rica se complementó con la revisión de los artículos publicados en la revista del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

Este medio, fue la primera vía para la divulgación de la producción del conocimiento en enfermería en nuestro país. Surgió con el nombre de *La Enfermería en Costa Rica* y la primera publicación salió en marzo de 1978. Los objetivos de esta revista fueron en este momento, suministrar información, divulgar y comunicar las inquietudes de las y los miembros del colegio. (Ruiz y otras, 2003). Para las fundadoras de la revista fue una preocupación **“Mantener la calidad a lo largo de los años. Por ello enunciaron que el valor humano siempre estaría primero que el científico, de donde se infiere el compromiso ético que tenían” (Ruiz y otras, 2003)**. Sin embargo esta visión definía claramente que el conocimiento científico no era lo más importante. Esto lo confirma el hecho de que el estilo fue periodístico hasta 1987. En estos primeros

años la visión de la revista respondió a la realidad del gremio, en este momento la cultura era el quehacer y la investigación era muy escasa, por lo tanto el rigor científico de la revista no fue una preocupación central. Este dato refleja el rezago que nuestra disciplina ha tenido en la producción científica si se compara con otros países de América Latina como Brasil, Colombia o México.

El año 1987 marca el inicio de una época en la cual se empieza a dar una mayor preocupación por la actividad científica. Se elaboraron las primeras directrices para el desarrollo de la investigación en enfermería. Pero hasta diez años después (1997) se logra consolidar el Comité Nacional de Investigación en Enfermería, los principales objetivos de este comité son asesorar a personal individualmente y en grupos, capacitar a los y las agremiadas en metodologías de investigación y fortalecer el papel de la enfermería en investigación.

Esta iniciativa de consolidar un comité, fue el resultado de los esfuerzos que se venían gestando desde años atrás, incluso el congreso de 1996 tuvo como tema central la investigación y contó con el apoyo de OPS y OMS. En esta oportunidad participó la Licenciada Francisca Canales quien en esta época era considerada como una figura destacada en la investigación en enfermería. (Ruiz y otras, 2003)

Una de las principales directrices que surgieron en esta época fue que se debía asignar tiempo a las enfermeras para la investigación y que esta producción fuera publicada en la revista.

Aunado a esto se reúne en Vancouver un grupo de expertos para estudiar y unificar los criterios para publicaciones científicas en América. El comité editorial de la revista en este momento consideró conveniente unirse a estos criterios, los cuales son los que actualmente guían los requisitos para publicar en la revista. A partir de este momento, esta publicación pasó a llamarse *Enfermería en Costa Rica* y dejó de ser un órgano oficial del colegio para convertirse en la publicación

oficial del Colegio de Enfermeras; siguiendo a partir de aquí el rigor de una revista científica. El 29 de agosto de 1997 el Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes y la Dirección General de Bibliotecas otorgan a la revista el número internacional normalizado para publicaciones seriadas, con lo que la revista recibe un importante reconocimiento.

A pesar de esto para Ruiz y otras (2003), la revista ha tenido hasta la fecha como áreas críticas la demanda de estabilidad y periodicidad, la cual se mide por la puntualidad de las ediciones; esta demanda ha representado un gran esfuerzo en términos humanos y materiales. Además el principal problema ha sido desde sus orígenes, la escasa producción de artículos, lo cual viene a reflejar a pesar de los esfuerzos realizados en esta época, el problema principal de la enfermería como disciplina científica. Este problema va más allá de la oportunidad o no de contar con tiempo para investigar, sino que se concreta en la dificultad de poder reflexionar y teorizar sobre los problemas de la práctica.

Por otra parte la dinámica de la conducción del Colegio de Enfermeras, que se caracteriza porque tanto la presidencia como el resto de la junta directiva, se eligen cada dos años; constituye una barrera para el verdadero desarrollo de la investigación y para el rumbo de la revista. La actividad científica será prioridad dependiendo de la visión de la junta que esté ejerciendo en cada periodo y aunque esta visión sea favorable, el corto tiempo en ejercicio no permite definir pasos firmes en este campo. Aspectos de esta naturaleza han sido la causa de la interrupción de la periodicidad de la revista.

Lo anterior nos permite concluir, que no existe una política en esta organización gremial, que aglutine los esfuerzos que se dan en forma aislada para convertir la investigación en enfermería en parte de su quehacer.

En el caso de esta revista se analizaron catorce volúmenes que se encontraron en el propio Colegio de Enfermeras. En esta colección se hallaron

revistas desde el año 1983 hasta el 2004. Para el análisis se aplicó la misma matriz utilizada para la producción de los trabajos de graduación de la Universidad de Costa Rica, sin embargo por las características encontradas los resultados se exponen en forma más resumida.

En la producción que va de 1983 hasta 1997, año en que se dan los cambios que hemos anotado anteriormente, la revista se caracteriza porque se incluyen resúmenes de congresos, directrices que se dan a partir de estos congresos y otras actividades académicas. De los volúmenes analizados en este período predomina la modalidad de informes y ensayos. En los ocho volúmenes consultados se encontró un total de 33 artículos de este tipo y 15 artículos derivados de investigaciones empíricas.

Los seis volúmenes restantes corresponden al periodo entre el año 1998 al 2004. En este caso se encontraron 21 artículos con modalidad de informe o ensayo y 8 artículos que se derivaron de investigaciones empíricas.

La comparación entre ambos periodos muestra cambios especialmente en lo que se refiere a la variedad de los artículos. En el segundo grupo encontramos investigación cualitativa, artículos de autoras extranjeras y mayor presencia de publicaciones de autores de otras disciplinas. Sin embargo no se encontraron diferencias esenciales en las publicaciones de ambos grupos, y básicamente refleja que la producción de conocimiento a partir de la investigación sigue siendo poca.

Las formas para el abordaje del conocimiento son predominantemente clínicas y empíricas, no se da un abordaje conceptual en ninguno de los artículos revisados. Los tipos de conocimiento son básicamente el adquirido y el de procedimiento y se puede identificar el patrón de conocimiento empírico, ético y estético. En estos artículos no se identifica la presencia de un conocimiento crítico

en términos sociopolíticos o históricos. Además el conocimiento propio es escaso porque no se hace referencia a la teoría de enfermería o a estudios anteriores.

Con los resultados que obtenemos del análisis de la producción en Costa Rica, tanto a partir de los Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica, como de los artículos publicados en los volúmenes revisados de la revista del Colegio de Enfermeras, podemos concluir que durante las últimas décadas del siglo XX y los primeros años del siglo XXI, en la enfermería hemos acumulado un tipo de conocimiento que si bien puede ser muy valioso, no revela una orientación que permita definir el objeto de estudio de la enfermería. Muchas son las interrogantes que surgen de esta conclusión, porque lo que más llama la atención es la poca aceptación que el gremio ha dado a la propia producción, se puede decir que escasamente esta producción ha favorecido los procesos de avance y transformación de la práctica. Se podría plantear que los avances han estado definidos por las políticas institucionales y por el desarrollo de otras disciplinas científicas.

4.2.- EL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA A PARTIR DE LAS PUBLICACIONES INTERNACIONALES

Con los antecedentes que se incluyen en esta investigación, se ha demostrado que la producción del conocimiento en enfermería ha sido prolífera; tanto en la construcción de teoría como en la publicación de artículos producto de la actividad investigativa.

Para corroborar esto se realizó una investigación bibliográfica en la Biblioteca de Ciencias de la Salud de la Universidad de Costa Rica. En este centro se cuenta con un acervo de siete colecciones de revistas de enfermería, entre las que se encuentran la revista Texto Contexto, Nursing Research, Nursing edición Española, Journal of Advanced Nursing, American Journal of Nursing, Nursing Forum y la revista Nursing Outlook.

La mayor parte de estas colecciones tienen las últimas publicaciones, con lo que se puede decir que son constantemente actualizadas. Los artículos que se publican están relacionados con las diferentes áreas de desarrollo de la enfermería, incluyen investigaciones desde diferentes paradigmas y metodologías de investigación. Con la revisión de este material nos damos cuenta de la dirección que está tomando la investigación en enfermería en el mundo, así como los países que van a la vanguardia en este conocimiento, tanto a nivel mundial como en nuestro continente. Se incluyen artículos con los últimos avances científicos y tecnológicos en enfermería y se puede revisar el estado del conocimiento en la orientación filosófica y epistemológica.

Por otra parte también en este centro de documentación tenemos la oportunidad de consultar a través de internet el sistema de revista no impresa, esto consultando las diferentes bases de datos que la universidad ha adquirido y por las cuales paga anualmente una cifra considerable de dinero por la membresía.

Por ejemplo tenemos la base de datos *MEDLINE*, ésta nos permite hacer enlaces a otras bases de datos. Si tomamos como muestra y solicitamos información sobre epistemología en enfermería nos da un total de 55 artículos sobre este tema.

Otra base de datos para texto completo es la denominada *HINARI*, en este caso la información que se obtiene es por revistas o por grandes áreas. Con una revisión muy rápida de esta información obtenemos las principales colecciones en enfermería que se editan en el mundo y los principales ejes de investigación por áreas. Esta base nos permite obtener el texto completo en sistema PDF; cabe señalar que para el personal docente de la universidad este servicio es gratuito al menos para una cantidad definida de artículos, este servicio también está al alcance de estudiantes de pos grado y de grado. (Información referida por el señor

José Mata Vega, referencista de la Biblioteca de Salud, Universidad de Costa Rica, 17 de febrero del 2005)

En *HINARI*, la revisión para el caso de enfermería derivó un total de 82 revistas diferentes, de países como Nueva Zelanda, Estados Unidos, Chile, Canadá, países europeos, Brasil, Cuba entre otros. Se pueden revisar revistas de diferentes áreas de la enfermería como salud mental, psiquiatría, enfermería en salud pública, enfermería holística, promoción de la salud, oncología, enfermería obstétrica, ginecológica y perinatal, enfermería de emergencia, cuidado crítico, ciencia y enfermería, enfermería clínica, administración, gastroenterología, geriatría, auto cuidado, cuidado de la salud en el hogar, enfermería cardiovascular, cuidado paliativo y pediatría entre otras.

La base de datos *EBSCO – host*, es otra base que permite la búsqueda a partir de autor, título, materia, etc. Ésta no incluye solo el área de la salud sino que permite revisar el tema desde otras áreas del conocimiento. En este caso es posible tener la traducción del artículo de inglés a español a través de un formato de texto. En esta oportunidad la revisión de publicaciones nos da como resultado 25 revistas de enfermería.

Otras bases bibliográficas que se pueden consultar son *ProQuest*, en este caso encontramos 19 revistas de enfermería. Además se encuentra *Freemedical Journal* en la que existen 15 títulos de revistas en enfermería, en este sistema también se puede revisar las bases *Biomedical Central* y *Latindex*, esta última incluye 20 títulos de revistas y sitios de enfermería. Está última es una base libre en internet y corresponde a un sistema regional de información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal y es producto de la cooperación de una red de instituciones entre las que se encuentra la Universidad de Costa Rica.

La información presentada en esta última parte del capítulo, tiene como propósito principal, plantear que para las enfermeras y enfermeros en Costa Rica, el acceso a la producción del conocimiento en enfermería a nivel mundial es factible, que incluso puede darse una selección según temática, enfoque, país etc. Esto constituye una demostración de que la apertura al mundo en nuestro país no se ha dado; la investigación en enfermería a nivel nacional no parte de una actualización minuciosa de la producción mundial.

Por otra parte, resulta preocupante el hecho de que las docentes y los y las estudiantes de la Escuela de Enfermería, sean quienes menos utilizan esta información del total de profesores y estudiantes del área de la salud. Situación que es similar al caso de la consulta que hacen los y las profesionales en enfermería en otras bibliotecas o centros de información como es el caso de la Biblioteca Nacional en Seguridad Social (*BINASS*).

Este análisis sobre el conocimiento construido, nos ha llevado a revelar que existe una gran brecha entre lo que se construye en Costa Rica y lo que se produce en el resto del mundo, tanto en términos cualitativos como cuantitativos. Esto podría explicarse por el hecho de que no se ha dado un interés por una revisión y actualización a partir del conocimiento propio en enfermería. También tiene gran relevancia en el estudio del saber en enfermería porque permite una mirada que puede ser parcial pero que aporta un camino para futuros estudios sobre el tema.

CAPÍTULO V:

PENSAR EL FUTURO

Como se ha señalado anteriormente, la producción del conocimiento en enfermería a nivel mundial ha sido muy vasta. Autoras como Meleis (1997) y Bárbara Carper (1978) han aportado elementos de análisis que nos permiten comprender y sistematizar las diferentes propuestas teóricas, las cuales se dan desde diferentes posiciones paradigmáticas.

Sin embargo contar con esta producción teórica no es suficiente para consolidar el conocimiento de la disciplina, ya que, como se ha definido en este estudio, en el presente la teoría en enfermería no ha logrado transformar la práctica. Muchos factores podrían estar relacionados con este hecho.

En primer lugar, la definición de un paradigma externo a la disciplina que guíe esta construcción. El paradigma con el que cada profesional se identifica refleja lo que la persona es, lo que piensa, lo que siente y cómo actúa. Ejemplo de esto es la incorporación del tema de los derechos humanos en el Plan de Estudios de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Este tema exige una definición paradigmática, de lo contrario no podrá dejar de verse como un tema más y muchas veces podrá ser interpretado pragmáticamente para diferentes fines.

Parte de la discusión de esta investigación nos lleva a considerar que en Costa Rica no se da una definición ideológica, al menos explícitamente. Se puede definir que la posición de la enfermería en el conocimiento producido no es clara, que menciona los aspectos del contexto nacional pero sin asumir una posición crítica al respecto. Por otra parte preocupa el hecho de que no se distinga la posición ideológica de nuestra disciplina en relación con la posición de las instituciones de salud.

Es en el estudio histórico donde encontramos los orígenes de esta falta de definición, por una parte se reconoce el conocimiento que surge del saber popular como un elemento que tuvo una fuerte influencia en el surgimiento de la

enfermería. Este conocimiento fue transmitido tradicionalmente de generación en generación, especialmente por mujeres, por lo que durante mucho tiempo prevaleció un conocimiento exclusivamente práctico. En la actualidad tenemos que la dificultad para la articulación del conocimiento práctico y el conocimiento teórico constituye uno de los principales obstáculos para el progreso.

Por otra parte el ejercicio de la enfermería ha representado históricamente un instrumento para la ideología dominante. Esto se ha dado desde el pasado en parte por no tener un pensamiento propio, o al menos, estar influenciado fuertemente por el pensamiento médico, pero también por ser considerada el pilar de la salud y el bienestar de la población, y si tomamos en cuenta además que estas características hacen que la enfermería esté siempre muy cerca de la gente, ya sea por su visión pragmática o por la propia extracción de clase de quienes se dedicaban a la enfermería. Estas circunstancias vinieron a definir anticipadamente el papel de la enfermería ante la sociedad y ante los sectores de la política.

Se ha discutido también en esta investigación que la condición de género va a constituir una de las principales fuentes para el análisis del pasado y el presente. Esta parte de la historia representa un punto crítico que va a precisar una explicación de cómo se ha construido el conocimiento en enfermería y de las dificultades para establecer un conocimiento propio. La enfermería como profesión eminentemente femenina ha estado subordinada a dos importantes figuras de poder, el poder masculino y el poder médico. Figuras que finalmente se fundan en una sola.

Pero desde el punto de vista epistemológico nos preguntamos ¿por qué esta situación ha sido un determinante tan poderoso?. En este sentido varios aspectos se conjugan, por una parte un ejercicio que inicialmente no requería esfuerzo teórico sino más bien práctico, la posibilidad de contar con un cuerpo de conocimiento adquirido de la medicina, que aunque no fuera propio tenía una estructura bastante sólida y legitimada socialmente. Recordemos que el saber

popular durante las Reformas Liberales en Costa Rica, se convirtió en un saber prohibido, ya que no conducía a la formación del carácter nacional moderno que se buscaba en esa época.

Estas condiciones hicieron que durante mucho tiempo el estatus de la enfermería como un oficio fuera aceptado sin mostrar señales de desacuerdo; sin embargo conforme se van dando las diferentes transformaciones sociales, vemos que esta situación se vuelve cada vez más difícil de aceptar por las nuevas generaciones de enfermeras y enfermeros.

Actualmente se considera como una de las grandes luchas gremiales, que la enfermería se pueda ubicar como un grupo profesional con las mismas oportunidades laborales que disfrutaban otros sectores en el campo de la salud. Así como tener una mayor participación en la definición de políticas a nivel nacional.

Para tener una mejor idea de esto, es importante detenerse en el discurso médico de las diferentes autoridades en salud. Cuando estas autoridades acuden a las actividades organizadas por nuestra disciplina, en sus discursos siempre se contempla la insistencia de la vocación, la abnegación y el apoyo incondicional que las enfermeras y enfermeros hemos dado a la profesión médica. Pocas veces se hace referencia a la inteligencia, la autonomía y el poder político.

Estas consideraciones sobre ideología en enfermería, son fundamentadas también en la construcción de un patrón de conocimiento ético. En este sentido la asociación del ejercicio de la enfermería con una orientación religiosa ha prevalecido a través de la historia. Por otra parte el conocimiento personal va dirigido a la reflexión de estos aspectos éticos y de género.

Para la construcción del conocimiento futuro se requiere una discusión profunda de estos aspectos que nos pueda conducir a la ruptura de esquemas auto designados y también otorgados por la sociedad.

Otra característica asociada al estudio del conocimiento en enfermería, tiene que ver con la incertidumbre respecto al fenómeno de la disciplina. Compartimos la idea de que la enfermería se encuentra en periodo de crisis, esto es positivo porque le va a permitir establecer espacios para la reflexión, el estudio y la construcción de explicaciones sobre su desarrollo.

Según las fases del progreso científico (Kuhn, 2001) se presenta una primera fase de calma, seguida por una gran intranquilidad o turbulencia y posteriormente se regresa a una fase de calma; estas fases se presentan de forma cíclica y vuelven a manifestarse nuevamente en diferentes periodos del desarrollo del conocimiento científico. Para Pessoa y otros, (citados por Barreto, 2001), la enfermería se encuentra en la actualidad en un periodo de turbulencia. Los y las enfermeras se hallan en la búsqueda de soluciones científicas a los problemas de la práctica, esto corresponde a una búsqueda también de la definición de la identidad profesional. En este caso es importante abandonar una posición de autocomplacencia ante la crítica y la autocrítica y dedicar los esfuerzos al estudio y discusión de aquellos aspectos que fortalezcan la praxis.

Para Meleis (1997) el estudio de la coherencia conceptual, nos lleva a una preocupación por la sintaxis de la teoría y por el estudio de la realidad de la disciplina, con esto se pone atención al análisis del conocimiento y no a la simple aplicación de teorías; esto generará las contradicciones, las críticas, discrepancias y acuerdos sobre el conocimiento, lo cual es lo fundamental dentro de una visión dialéctica de la ciencia de la enfermería.

Siguiendo esta propuesta sobre coherencia, tenemos que gran parte de los resultados, producto del análisis de la producción en Costa Rica, revelan que la dificultad de conceptuar la práctica para construir un cuerpo de conocimientos en enfermería, constituye el principal problema epistemológico. Esto demuestra el dominio del conocimiento silencioso y por ende del conocimiento adquirido. Es

importante señalar que el conocimiento en enfermería no ha dado el salto cualitativo del hacer al saber, esto porque ha faltado el referente teórico a un cuerpo de conocimientos. Un ejemplo de esto es que el conocimiento adquirido de otras disciplinas sigue prevaleciendo y en ocasiones la investigación en enfermería viene a fortalecer este tipo de conocimiento. Aunque cabe señalar, que a partir de este conocimiento adquirido se pueden estructurar y conceptualizar propuestas científicas propias de enfermería.

La dificultad para articular la práctica con la teoría fue una característica presente en las investigaciones analizadas. Algunas explicaciones que podríamos señalar sobre esto, nos llevan a considerar que el desconocimiento de lo que se ha producido en el campo de la enfermería, así como la debilidad en la comprensión de la ciencia y la investigación, hacen que el conocimiento no sea sistematizado, no se reproduzca, no se critique, en síntesis es un conocimiento que está, pero no está, ya que se mantiene estéril, porque no es lo suficientemente aprovechado.

El predominio de patrones de conocimiento estético y empírico o de procedimiento, revelan una vez más la influencia de un conocimiento práctico. Esto no se considera equivocado, pero nos alerta en que este dato puede ser la clave para transformar la producción futura.

El conocimiento en enfermería, en gran parte del mundo adquirió no solo las proposiciones y principios de otras disciplinas, sino también sus métodos. El predominio de una corriente empírica y positivista organizó a la enfermería en un tipo de saber bastante estructurado y rígido; que aunque no se puede negar que aportó elementos teóricos y conceptuales muy importantes, también la llevó hacia una visión muy inflexible del conocimiento. Actualmente varios estudios sobre este tema han llegado a la conclusión de que esta visión de la ciencia y sus métodos dista mucho de las características de la enfermería. Esto es, que los métodos no fueron congruentes con el ser de la disciplina. Un ejemplo de esto es la relación

interpersonal, que es parte el conocimiento personal o subjetivo, ético y estético y que representa la esencia de la enfermería.

Los conocimientos que se derivan de la práctica enfermera en la relación interpersonal, trascienden los principios de objetividad y neutralidad del positivismo. El conocimiento en enfermería requiere más que eso para explicar la complejidad de esta relación en las experiencias de salud de las personas.

Esta podría ser en parte la explicación del por qué la práctica de la enfermería no ha sido transformada por la teoría en enfermería. Los conocimientos derivados de la investigación no han sido lo suficientemente significativos para la comunidad de enfermería, por lo tanto no constituyen respuestas a los problemas de la práctica.

En este sentido es necesario desarrollar la investigación a partir de otros paradigmas, que permita una mayor diversidad del conocimiento.

El problema de la coherencia conceptual es bastante complejo y compromete en gran parte aspectos de la formación tanto en el nivel de grado como de postgrado. El estudio de la filosofía y la teoría de enfermería, necesariamente tienen que dirigirse hacia el desarrollo de un pensamiento lógico de los y las estudiantes, con lo que se estaría ofreciendo una oportunidad de elaborar el conocimiento actual, analizarlo, encontrar sus orígenes y derivaciones, en síntesis proponer una visión dialéctica del conocimiento.

Hemos mencionado en esta investigación que uno de los aspectos fundamentales que caracterizan a la enfermería es su carácter eminentemente práctico, esto es esencial para la comprensión del conocimiento. Pero la conceptualización de la práctica debe fundamentarse en su relación con el contexto histórico, social, cultural y económico que cada sociedad experimenta en un determinado momento histórico.

Esto desde luego que estará definido por la visión o paradigma que predomine, es de esperar de quienes estudiamos el conocimiento en enfermería, tener claridad al identificar esta orientación y en el caso de la docencia, ser congruentes y disfrutar de la libertad de enseñar según lo que creemos. Esto tal vez resulte difícil en nuestra disciplina, pero representa el punto crucial para la apertura a la libertad de pensamiento y a la ruptura de una posición estereotipada de obediencia heredada. Lo anterior reflejará el paso hacia la madurez científica.

Esto viene a dar paso a otra característica que se refiere al estudio de las teorías en el currículum de las diferentes escuelas. Desde una visión moderna este estudio va a responder a la realidad histórica, social, política y económica, esto es, al contexto en que se desarrolla la academia. También va a responder a los intereses intelectuales de docentes y estudiantes y a la concepción que la universidad tenga de la sociedad.

Para finalizar este apartado, es importante considerar para el futuro, el aporte que la enfermería ha dado al conocimiento científico y que ha quedado en el silencio. Desde los descubrimientos de Florence Nightingale, sobre las medidas de asepsia, la protección contra el contagio y la organización de un cuerpo de conocimientos administrativos para el desarrollo del trabajo hospitalario. Hasta las estrategias de comunicación social y educación en salud; los elementos de la relación interpersonal en las situaciones de salud y enfermedad.

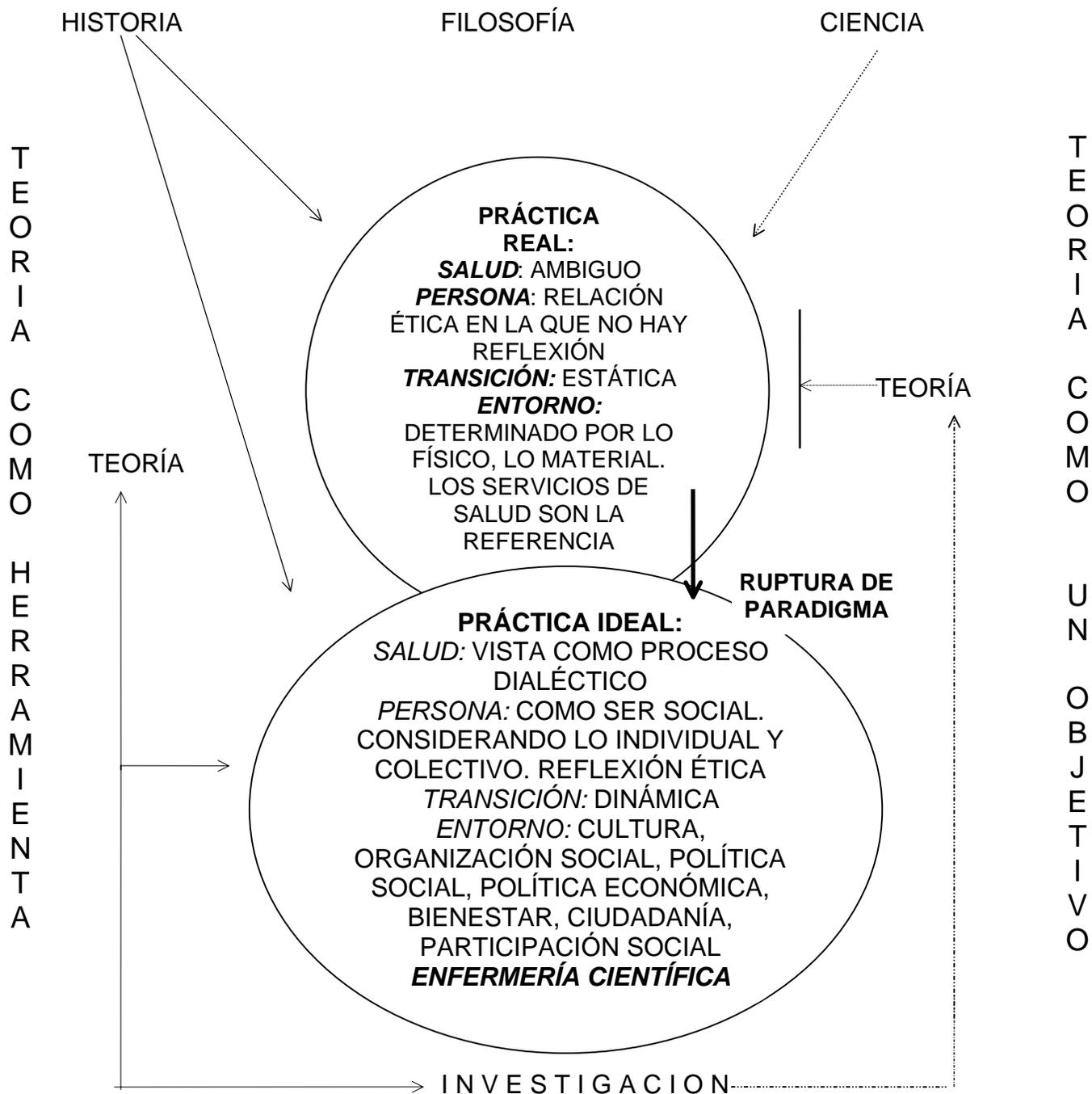
Otro campo en que la enfermería ha dado su aporte al conocimiento de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad, corresponde a la Salud Pública y el trabajo con las comunidades. En este caso la falta de sistematización de este saber ha dado como resultado que no se otorgue la importancia de haber surgido de la enfermería.

Con el análisis que hemos venido desarrollando en el estudio del pasado y el presente podemos dar paso a la síntesis final que nos va a permitir vislumbrar algunas consideraciones para el futuro.

Siguiendo las vías del conocimiento que nos propone Meleis (1997), se llega a construir una adaptación al esquema que ella misma propone para llegar a la base del conocimiento. Nuestra construcción es muy particular y corresponde a una visión total que trata de explicar la dinámica de los resultados de este estudio.

CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO EN ENFERMERÍA:

PASADO Y PRESENTE



Adaptado de Meleis (1997:16)

Para explicar la interpretación que se ha hecho de este esquema, tomaremos como base la adaptación según la imagen que se ha construido para esta investigación. En primer lugar, podemos decir que el esquema se centra en dos visiones diferentes de la práctica de la enfermería. En la primera de ellas, que se refiere a la práctica real, se tiene una visión reducida. Los elementos conceptuales son visualizados como ambiguos, no hay definición ni reflexión desde la práctica. Conceptos como persona y entorno están subordinados por las demandas del sistema de salud y no se visibiliza el conocimiento ético, aunque este implícitamente está presente. Esta primera visión destaca al entorno como lo físico, independiente del entorno social, al concebirse como el espacio físico, prevalece la idea de que el entorno está dado por las instituciones de salud (edificios como hospitales, EBAIS o clínicas).

La segunda visión corresponde al ideal de la práctica en enfermería, aquí destaca la salud como proceso dialéctico, la persona como ser social y la enfermería en función de las personas como seres individuales y a la vez como grupos sociales, tomando en cuenta una visión sociológica que aparta a la enfermería del modelo biomédico. Sobresale en esta visión el conocimiento ético explícito, lo que debe ser parte de la construcción del conocimiento futuro en enfermería. La consideración del entorno en esta visión nos lleva a un abordaje socio crítico dentro del paradigma de la transformación, el paso de una visión a otra solo puede ser a partir de una ruptura epistemológica de la enfermería.

La relación práctica - teoría - práctica se concibe en la segunda visión. Aquí se pretende eliminar la distinción entre idea y experiencia. La práctica es el punto de partida para la teoría, cuya conjunción permite el surgimiento de la praxis. Mientras que en la primera visión la investigación y la teoría no se conjugan, por lo que encontramos una práctica débil, que se mueve de acuerdo a las demandas y conveniencias de las políticas económicas actuales; esto podría ser la causa de las innumerables demostraciones de frustración que tienen los y las profesionales en enfermería, tanto en el plano personal como gremial.

La historia y la ciencia determinan ambas visiones y es la forma en que llegamos a conocer cómo la enfermería ha respondido a los diferentes momentos históricos de la sociedad y cuál es el camino que deberá seguir para que se convierta en una disciplina científica, que de respuestas y aporte a la transformación de nuestra sociedad.

Así la enfermería como ciencia va a depender de la capacidad de ruptura epistemológica que se de en sus diferentes dominios. El camino puede parecer largo y complejo, pero en definitiva ese es el reto para una disciplina tan rica en experiencias como la enfermería.

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Althoff C., Borestein M., Ribeiro N., Villalobos N. y otras. (1996) Conociendo el conocimiento de las disertaciones de maestría en enfermería de la UFSC **Texto Contexto Enfermagem. Vol 5, (especial): 215 - 237**: Florianópolis. Brasil
- Antrobus S. (1997). Developing the nurse as a knowledge worker in health - learning the artistry of practice. **Journal Advanced Nursing. Apr. Vol 25 (4): 829 - 35**. Inglaterra.
- Araya M., Araya G. y Solano O. (2000). Historia de la Enfermería en Costa Rica. En La enfermería en Centro América y el Caribe. Honduras: Centro de Capacitación e Investigación en Enfermería.
- Ashford D. (1989). La aparición de los Estados de bienestar. España: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Booth K., Kenrick M. y Woods S. (1997) Nursing knowledge, theory and method revisited. **Journal of Advanced Nursing. Vol 26: 804 - 811**. Inglaterra.
- Botey A. (1997). La crisis de 1929 y los movimientos sociales. En Las Instituciones Costarricenses: de las sociedades indígenas a la crisis de la república liberal. San José: Universidad de Costa Rica.
- Bunge M. (1995) La ciencia su método y su filosofía. Buenos Aires, Argentina: Sudamericana.
- Burlantsky, F. (1981) Materialismo Dialéctico. Moscú: Progreso
- Camacho L, Gallardo H, Ramírez E. (1986) Filosofía para la Educación Diversificada. San José: EUNED.

Cantoni L. (1996). The structure of scientific knowledge. Science for knowledge and science for action. **Prof. Infirm. Oct - Dec. Vol 49 (4) : 15 - 19.** Italia.

Carper, B. (1978) Fundamental Patterns of Knowing in Nursing.
E.U. : Aspen Systems Corporation.

Cash K. (1997). Social epistemology, gender and nursing theory. **Journal of Nursing Study. Apr. Vol 34 (2) : 137 - 43.** Reino Unido.

Carazo R. (2000) Fin del neoliberalismo. La Nación, 7 de noviembre del 2000. San José Costa Rica.

Carranza A. y Meza M. (2001) Líneas de Investigación en Enfermería. Maestría en Ciencias de la Enfermería. Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Chalmers A. (1997) ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? México: Siglo XXI.

Crawford G y otras (s/a). Envolving Issues in Theory Development. S/p. s/e.

Cull - Wilby b. y Pepin L. (s/a). Towards Coexcisten of Paradigms in Nursing Knowledge Dvelopments. **Journal Advanced Nursing. Vol 12 : 515 - 521.** Inglaterra.

De Gortari E. (1979). Introducción a la Lógica Dialéctica. Tratados y Manuales México: Grijalbo.

Drapper P. (1993). A critique of Fawcett's conceptual models and practice : the reciprocal relationship. **Journal Advanced Nursing. Apr. Vol 18 (4): 58 - 64.** Inglaterra.

- Emblen J. y Pesut B. (2001). A model for the spiritual nursing care of patients experiencing suffering. ***Journal fo Holistic Nursing. Vol 19 : 42 - 56.*** Estados Unidos.
- Fawcet J. (1983). Analisis and Evaluation of Conceptual Models of nursing. Philadelphia : Davis Company.
- Fontoura M. y Heck R (1997). ***Contribuciones de la Antropología en la enfermería: Reflexiones sobre la docencia.*** Texto Contexto. Vol 6 (3):233-237. Brazil.
- Gadow S. (1995). Clinical epistemology : a dialectic of nursing assessment. ***Canadian Journal Nursing. Summer. Vol 27 (2) : 25 - 34.*** Canadá.
- Gorostiaga X. (1992). América Latina frente a los desafíos globales. Caracas: Nueva Sociedad.
- Gortner S (1991). Nursing syntax revisited : a critique of philosophies said to influence nursing theories. ***Journal Nursing Study . Vol 30 (6) : 477 - 488.*** Gran Bretaña.
- Guerreiro da Silva, D, Nietsche, E, Da Silva, E y otras. (1996) La producción de conocimiento en enfermería en los grupos de investigación de la UFSC. ***Texto Contexto Enfermagem. Vol 5, (especial): 189 – 214:*** Florianópolis. Brazil
- Gutiérrez G. (1984) Metodología de las Ciencias Sociales. Tomo I. México: Harla.
- Hernández - Conesa J., Moral de la Calatrava P. y Esteban Albert E. (2003) Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método. España: McGraw – Hill Interamericana.

- Holmes A. (2000). Some implications of postmodernism for nursing theory, research, and practice. **Canadian Journal Nursing. Sep. Vol 32 (2) : 89 - 101.** Canadá.
- Hutchinson S. (1993). Grounded Theory : The Method. En Nursing Research : a qualitative perspective. Nueva York : Nursing Press.
- Hirsch J. (1997). ¿Qué es la globalización? **Realidad económica**, 147: 11. Buenos Aires
- Jamieson E., Sewall M. y Suhrie E. (1968) Historia de la Enfermería. México: Interamericana.
- Johson M. (1983) Some aspects of the relation of between theory and research in nursing. **Journal Advanced Nursing. Jan. Vol 8 (1) : 21 - 8.** Inglaterra.
- Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A. y Major F. (1996). El pensamiento enfermero. Barcelona:Masson.
- Kikuchi J. y Simmons H. (1994). Developing a Philosophy of Nursing. Londres: Sage Publications.
- Kuhn T. (2001) La estructura de la revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lefevbre H. (1976). Lógica formal lógica dialéctica. México: Siglo XXI.
- Lenise do Pardo, Marta y Lima Gelbcke, Francine (2000). Production of Knowledge in Nursing Latin América : The State of The Art. Brasil: Material inédito.

- Malavassi A. (2002). De parteras a obstétricas: La profesionalización de una práctica tradicional en Costa Rica (1900-1940). En *Mujeres, Género e Historia*. Costa Rica: UNIFEM
- Marías J. (1967). *Historia de la Filosofía*. España: Castilla.
- Marín J. (2001) El control social y la disciplina histórica. Un balance teórico metodológico. ***Revista de Historia de América***. Instituto Panamericano de Geografía e Historia. México.
- Marín J. (2002). Biblias de la Higiene. Las cartillas terapéuticas en Costa Rica (1864 – 1949). En: Seminario Políticas Públicas y Culturales en México y Centroamérica. Enríquez, F. y Molina, I. Copiladores. Costa Rica.
- Martínez O. (1999). El neoliberalismo en su laberinto. Globalización y problemas del desarrollo. ***Realidad económica 162***. Buenos Aires
- Medina J y Sandín P. (1994). Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado I. ***Enfermería Clínica. Vol 4 (5) : 221 - 231***. España.
- Medina J. y Sandín P. (1994). Epistemología y Enfermería (II) Paradigmas de la investigación enfermera. ***Enfermería Clínica. Vol 5(1):36-37***. España.
- Meleis A. (1997). *Theoretical Nursing. Development and progress*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Meleis A (1987). Epistemology : the nature of knowledge. Paper presente at the 4 Annual Nursing Science Colloquium on Strategies for Theory Developmente in Nursing. U.S.A. : Boston University.

- Meleis A. (1987) On the way to theoretical nursing : Stages and Milestones. Philadelphia : J. B . Lippincolt.
- Molina I. y Palmer S. (1997) Historia de Costa Rica. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica
- Monge R. (2004). Relaciones de poder entre los profesionales en medicina y las profesionales en enfermería. Tesis de Maestría. Maestría Regional en Estudios de la Mujer. UCR.
- Mora V. (1998). Rompiendo mitos y forjando historia. Mujeres urbanas y relaciones de género en el San José de los años veinte. Tesis Maestría en Historia UCR.
- Munhall P. (1986). Epistemology in Nursing. Nursing Research : a qualitative perspective. New York: National League.
- Newman M. (1994). Teoría para la práctica de la enfermería. ***Nursing Science Quaterly. Vol 7 (4) : 153 - 7.***Estados Unidos.
- Newman M., Sime M. y Corcoran - Perry S. (1991). The focus of the discipline of nursing. ***Advanced Nursing Science. Vol 14 (1) : 1 - 6*** . Estados Unidos.
- Nightingale F. (1991) Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es. Barcelona: Salvat
- Pessoa, Venícios de Oliveira, Cavalcante y otros (2001). En Barreto, J. A Outra Margen. (Filosofía, Teoría de Enfermagem e Cuidado Humano). Fortaleza: Casa de José de Alentar.
- Proyecto Estado de la Nación en desarrollo Humano (2000). Sexto Informe año 1999. San José. Costa Rica: Estado de la Nación.

Proyecto Estado de la Nación en desarrollo Humano (2001). Séptimo Informe año 2000. San José. Costa Rica: Estado de la Nación.

Proyecto Estado de la Nación en desarrollo Humano (2002). Octavo Informe año 2001. San José. Costa Rica: Estado de la Nación.

Proyecto Estado de la Nación en desarrollo Humano (2003). Noveno Informe año 2002. San José. Costa Rica: Estado de la Nación.

Proyecto Estado de la Nación en desarrollo Humano (2004). Décimo Informe año 2003. San José. Costa Rica: Estado de la Nación.

Rawnsley M. (1998). Ontology, epistemology and methodology : a clarification. ***Nursing Science Quarterly. Spring. Vol 11 (1) : 2 - 4.*** Estados Unidos.

Rogers M. (1988). Nursing Science and Art : A prospective. ***Nursing, Science and Art. Vol 1 (3). 99 - 102.*** Estados Unidos

Rolfe G. (1995) Playing at reseach : methodological pluralism and the creative researcher. ***Psychiatry Mental Health Nursing. Vol 2 (2) : 105 - 9 .*** Estados Unidos.

Rosen G. (1985) De la policía médica a la Medicina Social. México: Siglo Veintiuno

Ruiz, M y otras (2003). Proceso de evaluación de la revista Enfermería en Costa Rica. Material reproducido por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica. San José

Sagan Kl. (1985). Cosmos. España: Planeta

Semanario Universidad (2000). Varios artículos, semana del 22 al 28 de noviembre del 2000. Universidad de Costa Rica. San José.

Sarter B. (1988). Paths to Knowledge, Innovative. Research. Methods for Nursing. New York : National League for Nursing.

Sarter B. (1988). Fuentes filosóficas de la teoría de enfermería. ***Nursing Science Quaterly. Vol 1 (2) : 52 - 59.*** Estados Unidos

Schafer P. (1987). Historical Developments in the Philosophy of Sciences. ***Maternal - Child Nursing Journal. Vol 16 (4) : 289 - 368.***

Silva M. y Sorrell J. (1992). Testing of nursing theory : critique end philosophical expansion, ***ANS Advanced Nursing Science. Jun. Vol 14 (4) : 12 - 23.*** Estados Unidos.

Torres G. (1986) . Theoretical Foundation of Nursing Nowalk. Conneticut : Appleton - Century - Crofts.

Touraine A. (1999). Crítica a la modernidad. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Treviños A. (1987). Introducción a la investigación en Ciencias Sociales. Sao Pablo: Atlas

Twinn S. (1991). Conflicting paradigms of health visiting : a continuing debate for professional practice. ***Journal Advanced Nursing. Aug. Vol 16 (8) : 966- 73.*** Inglaterra.

Universidad de Costa Rica (2000). Reglamento de Trabajos Finales de Graduación. San José: UCR

Vernoux. R. (1967). *Epistemología General o Crítica del Conocimiento*. Barcelona : Herder

Whittemore R. (1999). Natural science and nursing science : where do the horizons. ***Journal Advanced Nursing. Nov. Vol 30 (5): 1027 - 33***. Inglaterra.