

AUTOCUIDADO: DESDE LA TOMA DE CONCIENCIA A LA SALUD COLECTIVA.

Autoras: Lynch, Gabriela C¹; Bianco, María Inés²

Resumen

El objeto es situar la Enfermería como disciplina científica; tomar de ésta su marco teórico en torno del concepto de *autocuidado* y a partir de una mirada epistemológica resituar estos saberes desde un paradigma social que incorpore el proceso subjetivo de la conciencia y la dimensión comunitaria del *buen vivir*.

Metodológicamente se siguió el proceso de investigación cualitativa y el planteo epistemológico de la Enfermera J. Fawcett.

Este análisis epistemológico teórico permite obtener dos resultados concretos en el desarrollo del andamiaje teórico de Enfermería como disciplina: por un lado, la salida del paradigma bio-médico incorporando corrientes críticas de pensamiento y por el otro, redefinir y reposicionar el rol y los aportes de la Enfermería en el ámbito comunitario ampliando así la participación profesional no sólo en los equipos interdisciplinarios de salud, sino en los espacios de planeamiento y gestión de políticas públicas.

Estos resultados permiten generar dos grandes conclusiones: una es la aplicación de este marco epistemológico al concepto de *autocuidado* y la otra es la necesidad de definir nuevos indicadores empíricos acordes a las definiciones teóricas.

Palabras Clave: Epistemología. Autocuidado. Buen Vivir. Conciencia. Enfermería.

Abstract

The object is to place Nursing as a scientific discipline; take from it its theoretical framework around the concept of self-care and from an epistemological view resituate these knowledge from a social paradigm that incorporates the subjective process of consciousness and the community dimension of good living. Methodologically, the qualitative research process and the epistemological approach of Nurse J. Fawcett were followed.

This theoretical epistemological analysis allows to obtain two concrete results in the development of the theoretical scaffolding of Nursing as a discipline: on the one hand, the exit of the bio-medical paradigm incorporating critical currents of thought and on the other, redefine and reposition the role and contributions of Nursing at the community level, thus expanding professional participation not only in interdisciplinary health teams, but also in public policy planning and management spaces. These results allow two great conclusions to be generated: one is the application of this epistemological framework to the concept of self-care and the other is the need to define new empirical indicators according to theoretical definitions.

Keywords: Epistemology. Self-care. Good living. Awareness. Nursing.

¹ Lic. en Enfermería. Jefa de Trabajos Prácticos. Escuela de Enfermería. Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC). Doctoranda en Ciencias Sociales.

² Lic. en Enfermería. Especialista. Profesora Titular. Escuela de Enfermería. UNRC. Directora del Proyecto de Investigación SECyT 2016-2019: Prácticas de Autocuidado en Estudiantes de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La fundamentación del acto de cuidado se basa en teorías y modelos de cuidado enfermero impulsados desde la misión y la visión de cada institución formadora, acorde con la estructura curricular de la carrera. La formación no se desarrolla en un espacio atemporal; la enseñanza se da en un tiempo y una circunstancia social y cultural. La profesión no sólo proporciona un conjunto de conocimientos técnicos, sino que a partir de la formación se interiorizan esquemas mentales que conforman un *habitus* profesional y, por ende, una manera particular de relacionarse con el otro Arenas y Monreal (2011).

El cuidado aborda la salud y esta última está condicionada por determinantes económicos, políticos, sociales, ambientales y demográficos. Aspectos como la seguridad, la vivienda, la educación, la alimentación, el ingreso, la justicia social, la equidad de género, el respeto por los derechos humanos y la satisfacción de las necesidades básicas, son fundamentales para alcanzar un estado adecuado de salud. La promoción pretende crear conductas y estilos de vida saludables y modificar o suprimir lo que provoque daño o amenaza para la salud individual y colectiva.

Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista (2016), sostienen que los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. “*Las hipótesis de trabajo son, emergentes, flexibles y contextuales, se adaptan al curso de la investigación. La acción indagatoria se mueve de manera dinámica entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso circular...*” (Sampieri *et al*, 2016:7). Este mismo recorrido cualitativo desarrolló la enfermera Fawcett en el estudio epistemológico que guía este constructo teórico.

El desafío es situar el campo de estudio de Enfermería y de ella su contexto en torno al concepto de *autocuidado* y, a partir de una mirada epistemológica, resituar estos saberes desde un paradigma social que incorpore el proceso subjetivo de la conciencia y la dimensión comunitaria del *buen vivir*.

1. Paradigmas en salud

A priori se pueden determinar al menos dos paradigmas presentes en la disciplina de Enfermería: el paradigma biomédico y el paradigma psicosociológico; ambos asociados a una fuerte raíz positivista-empirista.

En el devenir de la evolución del pensamiento de Enfermería se experimenta el paso desde una mirada centrada en la persona como individuo y el proceso salud-enfermedad en un marco restringido del ámbito del cuidado, a una mirada social que incorpora en menor o mayor grado los factores externos y comunitarios. La incorporación de las Ciencias Sociales al desarrollo teórico de la disciplina permite atraer la mirada crítica del epistemólogo Theodor Adorno quien comprende que más allá de las definiciones metodológicas de la ciencia están los metaparadigmas o cosmovisiones del mundo que

configuran un sentido ético e hipotético del andamiaje teórico desde la propia definición del objeto de estudio (Mosqueda Díaz *et al*, 2014).

La relación *‘enfermera-paciente’* se entiende como un encuentro terapéutico guiado hacia un objetivo común que es la vivencia de experiencias de salud. Es un vínculo que se establece entre la enfermera y la persona, donde se pone el problema de salud bajo cuidado del profesional en busca de soluciones y alivio.

Evidentemente no es lo mismo concebir el *autocuidado* desde la incorporación del marco teórico basado en un conductismo positivista, que desde una mirada holística que conciba a la persona, en la evolución del concepto: *‘enfermera-sujeto de cuidado’* a *‘enfermera-sujeto de su autocuidado’*. La Enfermería es proveedora de cuidados y especialmente promotora del fomento del autocuidado en la comunidad.

Callista Roy, desarrolló la Teoría de la Adaptación tras vivenciar experiencias con niños y sus capacidades de adaptación a las situaciones más diversas. Las bases teóricas que utilizó fueron: a) la Teoría General de Sistemas de Rapoport que considera la persona como un sistema adaptativo y b) la Teoría de Adaptación de Helson que afirma que las respuestas tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse. Según Roy, son cuatro los patrones adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia (Raile Alligood y Marriner Tomey, 2011).

Se comprende así al *autocuidado* como un proceso educativo en medio de la comunidad que debe co-construirse con los actores; y que para desarrollar su potencial preventivo debe estar concebido en un programa de salud.

La administración de programas de salud como mero ordenamiento funcional estructuralista no pone en crisis un funcionamiento institucional, que está sujeto a permanentes conflictos. La dinámica de desarrollo de la sociedad y de la propia democracia mantiene intereses contrapuestos y en tensiones. Aparece así una dinámica que puede ser analizada desde el concepto de poder y sus múltiples mecanismos que permiten el ordenamiento o desordenamiento social, según dónde uno se sitúe.

2. Evolución gnoseológica del concepto de Autocuidado y el rol de Enfermería

Con el transcurso de los años se ha llegado a identificar como *enfermera* a cualquier persona que brinda cuidados; así por ejemplo los primeros historiadores dicen que las raíces de la Enfermería crecen y parten de épocas en que las religiosas prestaban cuidados a los soldados e incluso de las madres que crían a sus hijos.

La suposición de que la Enfermería es un arte innato en cualquier mujer, apreciación sesgada por una fuerte mirada de género basada en el patriarcado, ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de Enfermería como profesión que cuenta con un conjunto organizado de conocimientos y requieren habilidades especializadas propias.

En EEUU la Enfermería como ocupación organizada se inició en 1873, con programas educativos basados en el modelo británico de Florence Nightingale. Luego, debido a los cambios político-sociales producidos en la época, Enfermería empieza a ser ejercida para beneficio de otros grupos. Fue entonces cuando la educación en Enfermería, debido a la posición dependiente de la mujer y las carencias de bases conceptuales, fue susceptible de ser controlada por médicos y administradores de hospitales. Estas fuerzas influyeron negativamente en el desarrollo de la Enfermería, que comienza a alcanzar posición profesional tardíamente.

En 1860 Nightingale desarrolla la `Teoría del Entorno´. Desde allí Enfermería busca desarrollar su campo tanto profesional como disciplinar. En lo profesional apunta a mejorar la calidad de vida atendiendo a los factores intervinientes. Desde lo disciplinar evoluciona en el terreno del conocimiento y la conceptualización de su propia herramienta teórica valiéndose de la interacción con las Ciencias Sociales.

“Las ideas globales de lo que se entiende por Enfermería han sido organizadas por J. Fawcett (1996), a través de lo que domina estructura jerárquica del conocimiento; donde sitúa de manera descendente el metaparadigma, filosofía, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos que vinculan al mundo abstracto con el mundo concreto” (Vega Angarita, 2006:56).

Ya en 1952 Peplau con el modelo de Relaciones Interpersonales, promueve el campo de la Enfermería comunitaria revirtiendo los aspectos del cuidado biomédico, hacia la relación con la persona. Incorpora en el campo de la Enfermería, la teoría psicoanalítica, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad.

En 1970 Dorotea Orem engloba las necesidades de *autocuidados* específicas del desarrollo físico, social y psicológico y la necesidad de autocuidado en instancias de alteración. Resalta que en la práctica del autocuidado prima la acción intencionada y que los conocimientos que posee la persona resultan determinantes para alcanzarlo; existe un proceso en el cual las actividades son aprendidas y están relacionadas con la cultura, creencias, hábitos y costumbres del grupo al que pertenece el individuo.

El Modelo de Creencias en Salud, desarrollado en 1950 por Hochbaum, determina dos factores condicionantes de la conducta: la percepción de amenazas sobre la salud y la creencia sobre las posibilidades de disminuirlas (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

La Teoría de la Acción Razonada fue desarrollada por Fishbein y Ajzen en 1980, teoría que vincula actitudes, intenciones, creencias y conductas estableciendo que la mejor manera de predecir una conducta es determinar la intención que el individuo tenga de realizarla (Ortiz y Ortiz, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece en la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa, cinco áreas fundamentales para la promoción de la salud: 1) construcción de políticas públicas saludables; 2) mejoramiento de los entornos o

ambientes; 3) fortalecimiento de la participación social; 4) desarrollo de actitudes personales y 5) reorientación de los servicios. En el desarrollo de actitudes personales, es donde intervienen los factores internos y externos del individuo que generan comportamientos positivos de autocuidado.

Por otro lado, el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS) que apoyó la asamblea de Alma Ata y cuyo lema fue “Salud para todos en el año 2000”, implica un cambio radical de las políticas existentes que privilegia a los más necesitados adoptando la concepción de estrategia global e integral.

“Las Enfermeras comunitarias en algunos lugares del país, aún están absorbidas por el modelo de salud dominante, siendo que en otros están progresando hacia un paradigma de práctica profesional, orientado hacia la promoción de la salud. Prueba de ello son las actividades que desarrollan como proveedoras de cuidados directos: el trabajo con familias, grupos comunitarios y sus aportes en la docencia, investigación y administración de servicios con nuevas orientaciones. La transición paradigmática en el sector salud, ofrece oportunidades a las Enfermeras para trabajar en diversos ámbitos comunitarios, situación que debe ser aprovechada para hacer visible la práctica profesional” (Villalba, 2008:1).

Al mismo tiempo se reconoce la trascendencia que ha tenido Leininger como la teórica que estableció que el cuidado *es la esencia del ejercicio; elemento distintivo, dominante y unificador*; es decir, es la razón ontológica de la Enfermería. Consecuentemente, este pensamiento ha permitido el desarrollo de otras concepciones sobre el cuidado, como: el cuidado *humano, solidario, cultural y estético*, ... Watson sostiene que es necesario el *cuidado humano*, con énfasis en lo espiritual y lo transpersonal en la práctica asistencial, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de la Enfermería (Raile Alligood y Marriner Tomey, 2011).

En el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, el reto de la orientación salutogénica de los cuidados abarca conductas que fomentan la salud; factores personales, biológicos, psicológicos, socioculturales se relacionan con conductas referentes al estilo de vida (Giraldo Osorio *et al*, 2010).

Todas las teorías de cuidado y autocuidado incorporan la participación activa del sujeto y rompen con el paradigma enfermera-paciente redefiniendo el rol del individuo a partir de elementos pedagógicos, culturales, sociales, emocionales, entre otros.

La evolución de Enfermería se relaciona con los criterios para ejercerla, diferenciando profesión de disciplina. Surgen diversos criterios que valorizan la calidad profesional: características intelectuales, elementos prácticos, servicio a la sociedad y autonomía.

Lydia E. Hall (en Raile Alligood y Marriner Tomey, 2011) identificó los criterios actitudinales de profesionalidad: 1) nucleamiento en organizaciones profesionales; 2) creencia en la autorregulación; 3) creencia en el servicio público como parte esencial de la

profesión; 4) compromiso con la profesión, que va más allá de recompensa económica; 5) autonomía de desempeño respetando normas éticas y deontológicas.

Al recorrido del pensamiento de Enfermería acompaña el recorrido histórico sociológico del sistema de salud argentino descrito por Arce (2010) en una secuencia cronológica desde finales del siglo XIX a la actualidad, con distintos escenarios: a) tendencias en las políticas sociales internacionales, b) evolución de la política sanitaria nacional c) tendencias en la organización hospitalaria.

“La racionalidad de las consideraciones responde más a un análisis político-económico sustentado en datos técnicos que en la investigación científica documental aplicada a hechos históricos. La política sanitaria, debe necesariamente emplear ambas modalidades de análisis, siempre que sean encaradas con la objetividad y el rigor de los conocimientos.

El primer interrogante es si existe un pensamiento sanitario identificable y más aún, si éste tuvo alguna evolución. Parto de una definición amplia: el pensamiento sanitario es la forma de estudio y acción, mediante el cual la Medicina, la Política y/o los Estadistas, analizaron los problemas sociales y ambientales relacionados con la salud, mediante un abordaje colectivo antes que individual, procurando establecer medios de actuación apropiados para resolverlos” (Arce, 2010:22).

3. Del paradigma en Enfermería al diseño de Programas de: Educación para la Salud

Las políticas públicas son un factor común de la política y de las decisiones de un gobierno y de la oposición. Así, la política puede ser analizada como la búsqueda para establecer o bloquear acciones sobre determinados temas, o de influir en ellas. A su vez, parte fundamental del quehacer del gobierno se refiere al diseño, gestión y evaluación de las políticas públicas.

La concertación requiere cambios en el sistema político y en el gobierno. Los grupos sociales y las personas demandan interiorizarse sobre el análisis de políticas públicas, sea que estén en el gobierno o en la oposición. Es más, la reforma del Estado debe hacerse en torno a decisiones de políticas públicas. Trabajar sobre una matriz de impacto, que se base en un esquema programático con objetivos de gestión mensurables y evaluables, no sólo por el agente público sino por los beneficiarios y ciudadanos. Esto requiere a priori una revisión de la ingeniería organizacional de roles, funciones y competencias.

No obstante, para que ello suceda es menester considerar, trabajar y resignificar el concepto de salud, tradicionalmente entendido como ausencia de enfermedad. A través del tiempo, el concepto de salud, ha ido ampliándose hasta llegar a la definición de la OMS “*Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad*”, con la complejidad de condicionantes que esto significa.

Comprender no sólo los determinantes biológicos de la salud, sino también, los determinantes sociales. Desde esta óptica de multidimensionalidad (física, social, ecológica, ...) y relatividad (histórica, cultural, individual, ...) se hace ineludible la

participación activa de la población bien informada para el logro de los objetivos de promoción de la salud siendo la *Educación en la Salud* la herramienta que proporciona los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias, inculcando la conciencia sobre los factores determinantes de la salud y capacitando para que pueda llevarse a cabo esa participación activa de los individuos, las familias y la población en todos los procesos.

Ya en 1983, la OMS definió el término Educación para la Salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzca a una situación en la que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten.

El proceso de educar es un proceso de socialización y desarrollo tendiente a conseguir la capacitación del individuo para desenvolverse en su medio facilitándole las herramientas para la gestión de su propia realidad y la intervención activa en los distintos escenarios sociales. Y en el caso particular de la Educación para la Salud supone facilitar el aprendizaje dirigido a conseguir cambios en los comportamientos perjudiciales para la salud o mantener los saludables.

Así, aprender supone partir de lo que ya se sabe para adquirir un nuevo conocimiento, y lo interesante del aprendizaje es incorporar aspectos que ejerzan influencia sobre la propia conducta, es decir, que influyan significativamente sobre el comportamiento.

Educación para la Salud es una herramienta de Salud Pública para promover cambios, crear corrientes de opiniones, establecer canales de comunicación y capacitar a individuos y a colectividades para que, con responsabilidad e implicancia personal, se transformen en sujetos activos y partícipes en el rediseño individual, ambiental y organizacional con acciones globalizadoras. Así su objetivo final será el cambio o modificación de los comportamientos nocivos y el refuerzo de los saludables, y el eje para su aplicación será la definición de las estrategias de comunicación.

4. Paradigma del Buen Vivir desde el abordaje de la Enfermería Transcultural

A lo largo del escrito se puede identificar cómo los paradigmas, en la evolución del pensamiento de la disciplina de la Enfermería, atraviesan y transforman el concepto de *autocuidado y el rol de la enfermera*, en su sistema de práctica teórica-empírica al decir de Fawcett. También el rol de Enfermería experimenta una ampliación de su competencia no quedando circunscripto a la ejecución de una práctica sino dando respuestas a los procesos socio-políticos con el sistema de salud y planes y programas específicos. La educación cumple un rol central en el diseño de estrategias de abordaje en prevención y promoción de la salud en el marco de la Enfermería comunitaria.

La desnaturalización y deconstrucción de un paradigma requiere de Enfermería la desnaturalización y deconstrucción de la práctica. Romper con las técnicas tradicionales

instauradas, seudocientíficas e introducir la práctica, según plantea Fawcett, en una dinámica teórico-empírica que sea capaz de poner en crisis el proceso enfermero.

Es en la deconstrucción de la práctica que se introduce el desarrollo teórico de Leininger en sus estudios de Enfermería Transcultural. Enfoque que propone introducir el concepto de cultura considerando los valores y métodos de vida de un grupo particular, cómo se relacionan y son aprendidos, planteando el rol de la enfermera como un elemento dinámico dentro de un proceso cultural. Así se incorpora, en el proceso de valoración de Enfermería, una mirada integral como una toma de conciencia y aceptación de la diversidad cultural y logrando un aprendizaje socio-político-cultural.

En palabras de Plaza Pino (En Castrillón Chamadoira, 2015:131), consiste más en *“aprender con el otro que sobre el otro, ver la persona antes que al extranjero y caracterizar los cuidados a las características personales como siempre hacemos”*.

Se comprende así la formulación de programas en salud que incluyan una práctica centrada en la persona humana, en un proceso de aprendizaje conjunto y dialógico, como una forma de abordaje de la interculturalidad. Al mismo tiempo incorporar nuevas racionalidades que modifiquen el campo teórico y práctica profesional de la Enfermera.

La Campaña Nacional por la Diversidad Cultural en México pone en evidencia diferentes procesos sociales donde se produce una sobrevaloración de las ideas de ciertos grupos humanos, por encima de otras formas de pensar, avasallando percepciones de otros.

“En el caso de las Instituciones de Salud se cuestiona, por parte de los usuarios de los servicios, la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido por los prestadores de salud, el no respeto de la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de la que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención personal. Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, mayor incidencia en el abandono de los tratamientos y resistencias al uso de los servicios” ... (Almaguer González y otros, 2014:31).

Un abordaje intercultural promueve estrategias y acciones para establecer habilidades y actitudes en los profesionales de la salud y fomenta la equidad y la garantía de derechos.

La planeación de los servicios de salud con elementos interculturales tiene como propósito: impulsar la transformación de los servicios de salud para mejorar el acceso efectivo a la población considerando la multiculturalidad y la diversidad de regiones.

Introducir componentes culturales armónicos, con conocimiento científico/académico, evoluciona la mirada sobre el *autocuidado* donde la persona como sujeto de su salud se puede reconocer en unidad.

El estado de la ciencia entre los nodos de producción de conocimiento científicamente válido y las realidades pluriculturales sigue manteniendo como corriente dominante la racionalidad positivista.

El filósofo y antropólogo Rodolfo Kush en su obra *Geocultura del hombre americano* desafía ampliar epistemológicamente las miradas y la racionalidad redescubriendo un pensamiento en las particularidades y contextos socioculturales como una situación ajena de la que tomamos distancia.

Para Kush se está inmerso en esta cultura latinoamericana, indígena y andina, pero con un sesgo epistemológico-cultural que establece la distancia sujeto-objeto.

“Al fin y al cabo ese mundo sensible sobre el que pusimos la ciencia y la seguridad, cuando nuestro abuelo, saliendo del Medioevo, también lleno de Yatiris, confeccionaron la enciclopedia; éste es el mundo y no otro, pero claro está que, de la piel para afuera, el mundo del saber, de un sujeto ante un objeto, el mundo comerciable en el que la ciencia cuantifica los datos que regala el objeto y contempla cómo se las arregla el sujeto para ganar la seguridad” (Kush 1976:22).

Si bien el planteo es ensayístico e introduce al campo de la filosofía, el objetivo es habilitar la discusión de cómo atraviesa el *autocuidado* a las políticas públicas incorporando en los programas conceptos andinos como: Sumak Kawsay y Suma Qamaña (Cabral, 2015). Desde hace unos años los Estados pluriculturales de Ecuador y Bolivia incorporan estas categorías teóricas, mejor llamadas categorías prácticas, en las Constituciones Nacionales y a partir de ello, plantear la estructuración de políticas públicas que contemplen la multiculturalidad.

Su incorporación, ya sea en vocablo Quechua o el vocablo Aimara desde las unidades territoriales más pequeñas hasta la constitución de todo un país, para asegurar la presencia en los procesos socio-políticos de desarrollo y deliberación en las comunidades e instalar la interculturalidad en el campo de la enfermería en su rol de cuidado, con paradigmas y prácticas específicas.

“El buen vivir, en definitiva, tiene que ver con otra forma de vida, con una serie de derechos y garantías sociales, económicas y ambientales. También está plasmado en los principios orientadores del régimen económico, que se caracterizan por promover una relación armoniosa entre los seres humanos individual y colectivamente, así como con la naturaleza. En esencia, busca construir una economía solidaria, al tiempo que recupera soberanías como concepto central de la vida política de un país. Igualmente, con esta propuesta del buen vivir, al cuestionar los tradicionales conceptos del llamado desarrollo, se convoca a construir sistemas de indicadores propios. Estos nuevos indicadores constituyen una gran oportunidad no sólo para indicar las limitaciones y falencias de los sistemas de indicadores dominantes, que recrean permanentemente nuevas inequidades e incertidumbres, sino que, al discutir metodologías para calcular de otra manera y con renovados contenidos otros índices de desarrollo (es decir, el buen vivir), se avanza en el diseño de nuevas herramientas para medir cuán lejos o cerca estamos de la construcción democrática de sociedades sustentables” (Sempere et al, 2010:17).

A modo de cierre: del paradigma a la búsqueda de indicadores

La holarquía³, para el conocimiento contemporáneo de Enfermería, es un sistema epistemológico que analiza y organiza el conocimiento de la disciplina a partir de cinco categorías teóricas jerarquizadas en grado de abstracción que pueden explicar cómo se forja el conocimiento científico, la práctica y el diseño de la práctica en Enfermería; éstas son: metaparadigmas (diferente del concepto de Adorno y de Khun), filosofía, modelos conceptuales, teorías e indicadores empíricos.

Fawcett comprende toda la producción de conocimiento y teoría dentro de esta holarquía de manera acumulativa, de forma que se produce el contenido que da sustento a la práctica de Enfermería como un “Sistema Conceptual Teórico-Empírico”.

Al retomar el desarrollo de este trabajo desde la mirada epistemológica de Fawcett se identifica un recorrido de la ciencia sobre el concepto de *autocuidado* y cómo la interdisciplinariedad con la sociología, la psicología y la política enriquecen este concepto fortaleciendo el campo de la Enfermería comunitaria.

Lo que Fawcett no contempla en su teoría es la estructura de las revoluciones científicas como sí lo hace Khun. El conocimiento no es acumulativo sino emerge como un paradigma que luego entra en discusión surgiendo un nuevo orden científico y también social, dentro de la comunidad científica. Centrando la mirada en el autocuidado como un proceso de salud comunitario e identificando los elementos epistemológicos que lo componen desde la perspectiva de Khun o de Fawcett, se aborda el campo concreto de la práctica y el desenvolvimiento de las ideas que afirman su utilidad y prueban su rigor científico.

Una vez que una concepción filosófica deja de ser una abstracción para convertirse en un proyecto, un programa y una política pública se convierten en un elemento de gestión evaluable.

“El diseño de las políticas de fortalecimiento de la gestión del desarrollo local se nutre, inevitablemente de concepciones y valores subyacentes al observador y al operador organizacional. Los paradigmas son motivos subyacentes en el observador que condicionan sus modos de describir y explicar el funcionamiento de las organizaciones que diseñan y ejecutan políticas públicas, programas y proyectos” (Busso, 2013).

³ Holarquía: término acuñado por Fawcett, es una palabra que encierra un nuevo paradigma cultural, social, espiritual. Es una expresión respecto de la *consciencia multidimensional e incluyente de la diversidad de ideas, métodos y cosmovisiones que expresan la cultura, la educación*. Expresa desarrollo, elevación o estado de la consciencia. Un sistema de valoración holárquica permitiría evaluar la vida real de cada individuo y su efecto en el mundo. En el contexto humano como cualidad, es la capacidad de unir e inspirar a grupos y personas, de mantener un proyecto profundo con individuos u organizaciones, no sólo diferentes sino antagónicas.

Busso plantea un esquema para el control y medición de rendimiento de políticas públicas; esta experiencia está fundada en estudios de la CEPAL⁴. El abordaje es re-pensar el rol de la Enfermería en el diseño de las políticas y su control desarrollando y estableciendo indicadores como parte de la función comunitaria.

Como resultado del recorrido teórico surgen interrogantes que ponen en crisis el clásico enfoque de la tarea profesional de la Enfermería:

- En el contexto de una política pública, ¿cuál sería el rol de Enfermería?
- ¿Cómo lograr que la principal actividad profesional se realice fuera del espacio físico institucional priorizando el ámbito comunitario?
- ¿Cuáles serían las acciones a desempeñar por las enfermeras desde un paradigma de desarrollo basado en el desarrollo comunitario?
- ¿Qué prácticas de *autocuidado* debe desarrollar el profesional de Enfermería para ser agente de cambio en el ejercicio de la disciplina?

Este marco teórico con aportes de la sociología de la salud y centrado en el paradigma del desarrollo integral de las comunidades, permite avanzar en la producción de indicadores empíricos.

Otro vasto campo de desarrollo profesional de Enfermería es el trabajo interdisciplinario jerarquizando las disciplinas que articulan salud y sociedad de manera tal que los marcos institucionales sean superadores del modelo médico- dependiente con escasa autonomía de las profesiones con formación en intervenciones preventivas, individuales o comunitarias.

Las acciones de *autocuidado* se aprenden, se viven, dependen de las creencias, costumbres y prácticas habituales de la familia y comunidad; es por ello que la cultura del autocuidado comienza desde la niñez.

El proceso de formación de las enfermeras debe de considerar el enfoque psicosocial para el desarrollo de actitudes y prácticas saludables. El desafío será incrementar el control sobre los determinantes de la salud para mantenerla y mejorarla. El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables para asumir con autonomía y responsabilidad en el cuidado enfermero individual y colectivo. Se pretende repensar y crear prácticas dentro del marco conceptual del *Buen Vivir o Vivir Bien* para ello no sólo es necesario el desarrollo de acciones de APS y Enfermería comunitaria sino el rol de la enfermera como diseñador de políticas públicas y de programas específicos.

⁴ CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almaguer González J.; Varga Vite, A.; Gómez Ramírez, H. (Comp.). (2014). *Interculturalidad en salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios*. Gobierno de la República. Biblioteca Mexicana del conocimiento. México.
- Arce, H. (2010). *El Sistema de Salud*. Buenos Aires. Argentina: Prometeo Editorial.
- Arenas-Monreal, L.; Jasso-Arenas, J. y Campos-Navarro, R. (2011). *Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales*. IUHPE – Global Health Promotion. [En línea]- [Consultado el 9 de agosto de 2018]- Vol. 18, N° 4. p 42-8. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/262112736_Autocuidado_elementos_para_sus_bas_es_conceptuales
- Arrivillaga M.; Salazar, I. y Correa, D. (2003). *Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios*. Revista Colombia Médica. Universidad Javeriana de Cali. Colombia [En línea]- [Consultado el 23 de febrero de 2018] Vol. 34, n° 4. pp. 186-195. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28334403.pdf>
- Busso, G. (2013). *Planificación y agendas de desarrollo en localidades de tamaño intermedio*. XVIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Montevideo. Uruguay. Disponible en:
<https://cladista.clad.org/bitstream/handle/123456789/7400/0074930.pdf>
- Cabrales Salazar, O. (2015). *El principio del Buen Vivir o Sumak Kawsay como fundamento para el decrecimiento económico*. ISSN 0120-8462 / Vol. 36 / No. 113 / 2015 / pp. 83-99 Cuadernos de filosofía latinoamericana. Universidad de Santo Tomas. Bogotá. Colombia.
- Castrillón Chamadoira, E. (2015). *La enfermería transcultural y el desarrollo de la competencia cultural*. Publicación cultura de los cuidados. [Edición digital]- [Consultado en diciembre de 2018] 19, 42. Mayo-agosto p. 128-136 Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>
- Fawcett, J. (2006). *The structure of contemporary nursing knowledge*. [Publicación on line]. Recuperado de:
<https://pdfs.semanticscholar.org/a6ee/f371add72dc97af71b668eac687892b7db35.pdf>
- Giraldo Osorio, A.; Toro Rosero, M. Y.; Macías Ladino, A. M.; Valencia Garcés, C. y Palacio Rodríguez, S. (2010). *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de Estilos de vida saludables*. Revista hacia la Promoción de la salud [Internet]- [Consultado el 21 de marzo de 2019] V. 15 (1) Enero-junio. pp. 128-143. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/comocitar.oi?id=309126693010>
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Pilar Baptista, L. (2016). *Metodología de la Investigación*. Sexta edición. México: Mc Graw Hill.

- Kusch, R. (1976). *Geocultura del hombre americano*. Argentina: Editorial Fernando García Cambeiro.
- Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practicism*. EE. UU: Mc Graw Hill.
- Mosqueda Díaz, A.; Vílchez Barboza, V.; Valenzuela Suazo, S. y Sanhueza Alvarado, O. (2014). *Teoría crítica y su contribución a la disciplina de Enfermería. Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín. Colombia. [En línea]- [Consultado el 18 de agosto de 2018] Vol. 32, N° 2. pp. 356-363. Disponible en:
[//aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/19974/17082](http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/19974/17082)
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem, conceptos de Enfermería en la Práctica*. Cuarta edición. Barcelona. España: Editorial Masson Elsevier.
- Ortiz, P. M. y Ortiz, P. E. (2007). *Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica*. Revista Médica de Chile. [Internet]- [citado el 27 de marzo de 2019]; mayo 135(5): 647-652. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014
- Raile Alligood, M. y Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Séptima edición. Barcelona. España: Editorial Elsevier.
- Sempere, J.; Acosta, A.; Abdallah, S. y Ortí, M. (2010). *Enfoques sobre el bienestar y el buen vivir*. Centro de investigación por la Paz. Selección de recursos documentales: CIP-Ecosocial. [Internet]- [Consultado el 21 de noviembre de 2018] Disponible en:
https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Dossier/Dossier_Enfoques_sobre_bienestar_y_buen_vivir.pdf
- Vega Angarita, O. M. (2006). *Estructura del conocimiento contemporáneo de Enfermería*. Revista Ciencia y Cuidado. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Francisco de Paula Santander. Colombia. [En línea]- [Consultado el 12 de febrero de 2019]. Vol. 3, n° 3. pp. 53-68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2533967>
- Villalba, R. D. (2008). *Desarrollo de la Enfermería Comunitaria en la República Argentina*. Revista Enfermería Global. Universidad de Murcia. España [Internet]- [Consultado el 22 de febrero de 2019]. V. 7, n° 13, p 1-10. Disponible en:
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/16111>