

I

**Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE**  
**Universidad Pedagógica Nacional**  
**Maestría en Desarrollo Educativo y Social**



**El cuerpo como escenario de cuidado: Aproximaciones a los discursos de los docentes de enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia**

**Tesis presentada para optar al título de Magíster en  
Desarrollo Educativo y Social**

**Por:  
Luis Miguel Triana Aldana**

**BOGOTÁ D.C.  
2020**

**Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE**  
**Universidad Pedagógica Nacional**  
**Maestría en Desarrollo Educativo y Social**



**El cuerpo como escenario de cuidado: Aproximaciones a los discursos de los docentes de enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia**

**Tesis presentada para optar al título de Magíster en  
Desarrollo Educativo y Social**

**Por:**  
**Luis Miguel Triana Aldana**

**Asesor:**  
**Arlenson Roncancio Ortiz**

**BOGOTÁ D.C.**

**2020**

***El cuerpo como escenario de cuidado:  
Aproximaciones a los discursos de los docentes de enfermería de la  
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia***

## **Agradecimientos**

*En primer lugar, quiero agradecer a mi director de tesis, Arlenson Roncancio e inicialmente a Violetta Vega, que desde el primer momento me orientaron y apostaron por este tema de investigación, por su apoyo constante y sus aportes durante todo el proceso.*

*Quiero agradecer también al Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud (GERCUS) de la UPTC por acogerme desde inicios de mi formación profesional, pues ha sido fundamental para mí en estos años a través de los espacios de reflexión y formación, también por provocar en mí la pasión por la equidad de género en salud y la investigación cualitativa. Agradezco especialmente a las colegas, amigas y maestras Sol Galindo, Milena Galvis y Lorena Herrera que han tenido la generosidad y confianza de compartir conmigo sus reflexiones, vivencias y enseñarme que es posible hacer investigación comprometida en visibilizar una enfermería distinta.*

*Agradecer a mis amigos de lucha diaria Víctor, Claudia y Marcela por su apoyo incondicional y por inspirarme y enseñarme lo maravillosa que puede ser el camino de la educación, las ciencias sociales y los derechos humanos.*

*Agradezco a la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia por ser mi Alma Mater, a la escuela de enfermería quien desde el comienzo posibilitó y permitió que estos análisis fueran posible, a cada una de las docentes que participaron en la investigación, quienes con sus reflexiones me dieron la oportunidad de enriquecer el contenido de mi tesis.*

*Es preciso recordar en este momento académico y persona traer a mi memoria a docentes inspiradoras como María Nubia Romero, Natalia Riaño y Lina Barrera quienes con sus enseñanzas y diálogos cercanos en el pregrado abrieron en mi caminos en búsqueda de vivir, sentir y actuar la enfermería desde otros lugares.*

*A mi equipo de Trabajo Solsticio- Cinderellas: Daniel, Jeniffer y Angie, no tengo palabras para agradecerles su apoyo, su amistad y cada una de nuestras aventuras, los llevo en mi corazón.*

*Y, por último, y más importante, a mi familia por su amor y su apoyo incondicional y por la confianza inquebrantable. A mi abuela Rosalba por enseñarme el valor de la vida y el cuidado y en parte por inspirarme a ser enfermero.*

*A todos ell@s, ¡Gracias!*

## Dedicatoria

A la enfermería por mostrarme  
el valor del cuidado  
en la reparación del mundo.  
A ti por ser mi compañía siempre  
y motivación.  
A mis amigos por inspirarme  
y fortalecerme en cada  
camino que elijo.

A mi familia Luis, Alcira y Leonardo  
porque son y  
serán mi motivación más grande

A las mujeres que hacen  
parte de mi vida  
por ser inspiración

## Resumen

El cuerpo como condición corpórea se extiende a través del cuidado como una realidad social. En la enfermería el cuidado ha sido dotado de elementos y discursos que han apropiado los cuerpos de los sujetos de cuidado (personas) y olvidado los propios cuerpos cuidadores (enfermeros y enfermeras), este entramado de cuerpo y cuidado se articulan como dispositivos que visibilizan marcas discursivas en torno a las prácticas pedagógicas en salud. El interés de esta investigación es analizar las recurrencias y significaciones del discurso en torno al cuerpo y el cuidado de la salud en los docentes de la escuela de enfermería de la UPTC<sup>1</sup>. Se utilizó el enfoque de carácter cualitativo hermenéutico, con la metodología de análisis de contenido haciendo énfasis en la codificación abierta de tipo semántico y la categorización axial de cuatro corpus: documentos institucionales, programas radiales, artículos científicos y entrevistas. Para estos efectos, se emplearon instrumentos como la entrevista semiestructurada y análisis documental para evidenciar los discursos escritos y orales de los docentes. Como resultado se identificó que los cuerpos de los profesionales están determinados por los discursos del modelo biomédico que resguardan elementos simbólicos heredados bajo el propósito de legitimar comportamientos y conductas que vulneran los cuerpos de quienes cuidan; es decir, que se educa para cuidar la enfermedad más no el cuerpo. No obstante, también emergen discursos alternativos que reclaman la noción de cuerpo transversal en la formación profesional. La investigación permite concluir que, al no haber un reconocimiento de la importancia del cuerpo, de los discursos y acciones, estas se vuelven técnicas al no trascender del significado semiótico, las comprensiones sobre las prácticas del cuidado quedan relegadas a procesos exclusivamente asistencialistas y el cuerpo a materia orgánica.

**Palabras clave:** Salud, Discursos, Cuerpo, Enfermería, Cuidado.

---

<sup>1</sup> Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

## **Abstract**

The body as a corporeal condition extends through care as a social reality. In nursing, care has been endowed with elements and discourses that have appropriated the bodies of the subjects of care (people) and forgotten the caregivers themselves (male and female nurses), this framework of body and care is articulated as devices that make visible pedagogical discourses marks around health practices. The interest of this research is to analyze the recurrences and meanings of the discourse surrounding the body and health care in the teachers of the UPTC Nursing School. A qualitative hermeneutic approach was used, with the content analysis methodology emphasizing open semantic coding and the axial categorization of four corpus: institutional documents, radio programs, Scientific articles and interviews. Instruments such as the semi-structured interview and analysis of various documents that evidenced the teachers'written and oral discourses were used. As results, it was identified that the bodies of the professionals are determined by the discourses of the biomedical model that safeguard inherited symbolic elements in order to legitimize behaviors and conducts that violate the bodies of those who are caregivers, i.e. people is educated to take care of the disease but not the body. However, alternative discourses also emerge claiming the notion of a transversal body in vocational training. The investigation allows us to conclude that since there is no recognition of the importance of the body, of discourses and actions, these become technical by not transcending the semiotic meaning, understandings about care practices are relegated to exclusively welfare processes, and the body to organic matter.

**Keywords:** Health, Discourses, Body, Nursing, Care.

## Tabla de Contenido

	Pág.
<b>Introducción</b> .....	9
<b>Objetivo General</b> .....	15
Objetivos específicos.....	15
<b>Planteamiento del problema</b> .....	16
Justificación.....	24
<b>1. Capítulo 1. Andamiaje referencial-conceptual</b> .....	31
1.1. Estado del Arte.....	32
1.1.1. Tensiones del discurso y su relación del cuidado con la práctica de enfermería.....	33
1.2. Marco Referencial – Conceptual.....	43
1.2.1. Aproximaciones al discurso sobre el cuerpo y el cuidado en la enfermería.....	43
1.2.1.1. Sobre el Concepto de Cuerpo.....	43
1.2.1.1.1. Cuerpo Cuidado.....	46
1.2.1.1.2. Cuerpo Cuidador.....	47
1.2.1.1.3. Cuerpo Invisible.....	47
1.2.1.2. Cuerpo y la perspectiva de género en enfermería.....	48
1.2.1.3. Sobre el concepto de cuidado.....	53
1.2.1.3.1. Breve evolución histórica del concepto de cuidado de enfermería.....	53
1.2.1.4. Conceptos asociados al cuidado.....	63
1.2.1.4.1. El autocuidado.....	63
1.2.1.4.2. Cuidado de sí.....	64
1.2.1.4.3. El cuidado invisible.....	65
1.2.1.5. El cuidado alternativo, un nuevo horizonte para la profesión.....	67
1.2.1.6. Sobre el discurso de enfermería ¿la herencia de Nightingale?.....	68
1.2.1.7. ¿discursos sobre el cuidado o de cuidado?.....	72
1.2.1.8. Discurso en el cuidado, un compromiso educativo.....	75
1.2.1.9. El discurso Normativo.....	76
<b>2. Capítulo 2. Trazado Metodológico</b> .....	81
2.1. Enfoque metodológico.....	83
2.2. Contexto.....	84
2.3. El método de análisis.....	84
2.4. El análisis de los corpus.....	86

2.4.1. Tipos de documentos analizados.....	91
2.4.1.1. Documentos institucionales.....	91
2.4.1.2. Artículos científicos de docentes del área disciplinar.....	91
2.4.1.3. Programas radiales.....	92
2.4.1.4. Entrevistas semiestructuradas.....	92
2.5. Tareas y Procedimientos para el análisis de la información.....	95
2.6. Fases de la investigación.....	99
2.7. Técnicas y herramientas para la recolección de información.....	100
2.8. Consideraciones éticas de la investigación.....	101
<b>3. Capítulo 3. Resultados de la investigación</b>	
<b>“Lo que habla dentro de lo posible”</b> .....	103
3.1. Resultados de Análisis de Frecuencias .....	104
3.1.1. Recurrencias y Significaciones del discurso en torno al cuerpo y el cuidado de la salud.....	117
3.2. Categorías y subcategorías que emergen del análisis de discursos.....	125
3.3. Aproximaciones que surgen del análisis.....	131
3.4. Significados y sentidos sobre el cuerpo y el cuidado.....	136
3.4.1. Plano personal.....	136
3.4.2. Plano Político.....	144
3.4.3. Plano Normativo.....	155
3.4.4. Plano Sociocultural.....	159
3.4.5. Plano filosófico.....	165
<b>4. Capítulo 4. Discusión: Lo comprendido</b> .....	170
<b>Conclusiones</b> .....	193
<b>Referencias</b> .....	200
<b>Bibliografía</b> .....	211
<b>Anexos</b> .....	214

### Lista de Tablas

<b>Tabla 1.</b> <i>Intenciones con las preguntas de la entrevista.....</i>	94
<b>Tabla 2.</b> <i>Códigos de entrevistas realizadas.....</i>	95
<b>Tabla 3.</b> <i>Categorías y subcategorías emergentes.....</i>	96
<b>Tabla 4.</b> <i>Procedimientos para análisis de la información.....</i>	97
<b>Tabla 5.</b> <i>Fases de la investigación.....</i>	99
<b>Tabla 6.</b> <i>Técnicas de recolección de información.....</i>	100
<b>Tabla 7.</b> <i>Recurrencia de términos en documentos institucionales.....</i>	105
<b>Tabla 8.</b> <i>Categorías y subcategorías que emergieron del análisis.....</i>	125

### Lista de Gráficas

<b>Gráfica 1.</b> <i>Análisis de datos para Documento Registro Calificado.....</i>	107
<b>Gráfica 2.</b> <i>Análisis de datos programa académico educativo.....</i>	110
<b>Gráfica 3.</b> <i>Análisis de datos informe de acreditación 2019.....</i>	112
<b>Gráfica 4.</b> <i>Análisis de totales.....</i>	114
<b>Gráfica 5.</b> <i>Análisis de Promedios.....</i>	115

### Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> <i>Etapa del cuidado descritas por Collière.....</i>	54
<b>Figura 2.</b> <i>Corpus de información.....</i>	87
<b>Figura 3.</b> <i>Significado de convenciones .....</i>	90
<b>Figura 4.</b> <i>Red axial de categorías y subcategorías.....</i>	133

### **Lista de Anexos**

<b>Anexo 1.</b> <i>Consentimiento Informado para participantes de investigación.....</i>	<i>214</i>
<b>Anexo 2.</b> <i>Consentimiento informado para solicitud de programas radiales docentes.....</i>	<i>215</i>
<b>Anexo 3.</b> <i>Entrevista.....</i>	<i>217</i>
<b>Anexo 4.</b> <i>Solicitud de permiso a comité curricular.....</i>	<i>219</i>
<b>Anexo 5.</b> <i>Resumen para análisis de documentos institucionales.....</i>	<i>221</i>
<b>Anexo 6.</b> <i>Resumen análisis de artículos científicos.....</i>	<i>222</i>
<b>Anexo 7.</b> <i>Resumen Contenidos Programáticos y programas radiales.....</i>	<i>234</i>
<b>Anexo 8.</b> <i>Transcripciones de entrevistas.....</i>	<i>246</i>
<b>Anexo 9.</b> <i>Árbol de revisión bibliográfica.....</i>	<i>300</i>

## **Introducción**

Lo que se intentará exponer a continuación es más un asunto de pasión, de pasión por lo posible, también de seres y de posibilidades de existencia en la profesión más humanas y cercanas, donde el sur sea el norte y el cuidado una forma de pensarnos en el otro.

El significado de esta tesis puede entenderse a través del siguiente texto, que logra atrapar las sensaciones e intuiciones que surgieron desde el comienzo como sujeto enfermero:

### **«Cuerpos y espacios»**

Cuerpos a quienes los espacios no les hacen sitio.

Tienen que ocuparlos con violenta obstinación. Con rebelde paciencia.

O rendirse.

Cuerpos pervivientes de batallas, cuerpos testigos de catástrofes, accidentes o maltratos, cuerpos biodegradados por el designio de la enfermedad, cuerpos a los que se les han diagnosticado graves fallos en el sistema.

Cuerpos tullidos, mutilados, desfigurados, despedazados, deconstruidos, formateados fuera de los estándares aceptables.

Cuerpos que siempre estarán fuera. Que son el afuera,

Cuerpos rechazados, humillados, estigmatizados, desprotegidos contra la repulsión, contra el gesto involuntario del miedo.

Cuerpos impropios.

Cuerpos que no están previstos.

En el espacio urbano.

En el espacio público.

En el espacio doméstico.

En la trayectoria de las miradas.

En las caricias.

Cuerpos a los que no se les asigna un lugar en el desmedido espacio del deseo.

*(Ana Rossetti, 2016)*

Lo dicho en el poema de Rossetti permite dimensionar situaciones donde los cuerpos son vulnerados y aun así perviven, es el caso de la enfermería, donde los cuerpos son formados y moldeados a especificaciones propias de una identidad que no han cambiado desde su puesta en el mundo. El sentido de cuerpo y cuidado casi que se vuelven unísonos en el discurso de la enfermería y su relación se vuelve crítica al tratar de comprender cuáles son sus intenciones teórica y práctica y por qué se establecen esas mal-formaciones en los sujetos enfermeras y enfermeros que además de ser cuidadores son también sujetos de cuidado.

Cuerpo y cuidado son la esencia de la enfermería y se hace necesario desentrañar las nociones que surgen del ejercicio académico y profesional, cómo estos permanecen unidos en el discurso, en los cuerpos de cuidado y de los cuidadores. También cómo repercuten estas visiones en la vida, la salud, la educación y el mismo cuidado, entendido como ese espacio desmedido que da razón de ser a la enfermería y que además tiene implicaciones sobre el cuerpo, la salud y lo social.

El concepto de cuidado posee múltiples connotaciones que hacen difícil ceñirse a una sola perspectiva de sentido, por lo menos desde la enfermería. Si bien, esta ha dejado claro que su fenómeno de estudio es el cuidado en todos los contextos, formas y representaciones, su visión holística está llamada a trascender la cosificación y la objetivación de las relaciones humanas que puedan tejerse en los actos de vida como el cuidado.

Ahora bien, para que exista la transformación es necesario la introspección y deconstrucción de los elementos acrílicos de la profesión, se hace necesario pensar desde los autores, las colectividades, pero sobre todo desde la voz propia de los enfermeros y enfermeras para reflexionar ¿En qué ha cambiado el cuidado? Esto porque son los enfermeros y enfermeras

los que damos sentidos a los conceptos recurrentes de la profesión amparados en la idea de “Somos como somos y hacemos para lo que nos formaron”<sup>2</sup>.

Pues bien, para acercarnos al planteamiento de esta investigación, es necesario que se tejan relaciones importantes entre los conceptos que implican análisis entre la vida, los sujetos, la salud y cuidar para preguntarnos en la misma línea ¿Qué relación pueden tener los conceptos de cuerpo y cuidado y de qué manera influyen en la profesión?

Parece que el cuidado y el cuerpo implican un encuentro intersubjetivo y un vínculo con los sujetos; es decir, existe una relación simbiótica que extiende la idea del cuerpo como escenario para el cuidado.

Desde tiempos remotos el cuerpo al igual que el cuidado se han visto implicados en la elaboración de prácticas y discursos que han penetrado la vida de los sujetos, bajo el dominio eugenésico sobre calidad de vida, progreso, bienestar, conocimiento, desarrollo y de cuidado de otros.

Si se acude al pasado y a la herencia que se ha transmitido de generación en generación a las personas que deciden profesionalizarse en enfermería como una opción de vida, se puede decir que, desde Florence Nightingale hasta la época actual, las transformaciones alrededor del discurso en la enfermería han inscrito atributos de asistencialismo, caridad, obediencia, disciplina y domesticación, migrando hasta los ámbitos sociales, laborales y académicos y determinando sujetos de enfermería establecidos para cumplir funciones asignadas de manera técnica y muchas veces arbitraria, de modo que, se vislumbra el predominio de los aspectos de sumisión sobre el cual la enfermería se ha construido históricamente como profesión.

---

<sup>2</sup> Esta frase es común encontrarla en los discursos de los enfermeros y enfermeras para justificar las acciones, los comportamientos y las representaciones sociales de la enfermería en los escenarios de cuidado.

A raíz de esta gran apropiación y fragmentación, salen a flote actitudes que marcan significados en el lenguaje de los enfermeros/as que pretenden ser un símbolo de representación de su identidad, a través de discursos hegemónicos biomédicos, infravalorados y anónimos que según Arroyo et al. (2011) consideran a la enfermería como aquella profesión por debajo de la medicina y como consecuencia, se muestra el ejercicio de la profesión desprovista de prestigio y reputación y en el mayor de los casos deshumanizada (Hernández, 2011)

Además, estos discursos configuran las formas como experimentamos nuestros cuerpos por medio de un sistema coherente de significados, los cuales no son estáticos y cambian, lo que hace necesario empezar a visibilizar los discursos alternativos y emergentes que logren acabar con los elementos de sumisión e inferioridad y transformen las relaciones de poder disciplinarias en oportunidades y posibilidades horizontales entre los sujetos de cuidado y sujetos cuidadores.

Precisamente, la presente investigación pretende realizar la exploración de los sentidos y significados del discurso en las categorías de cuerpo y cuidado de los docentes de la escuela de enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia ubicada en la ciudad de Tunja - Boyacá, al tiempo que reconocer las prácticas resistentes y el cómo se organiza el entramado de significaciones en torno al cuerpo y cuidado en las prácticas de salud. En este sentido la pregunta eje de esta investigación es: ¿Cuáles son las recurrencias y significados del discurso en torno al cuerpo y cuidado de la salud de los docentes de la escuela de enfermería de la UPTC?

Para comprender los significados y sentidos, el objetivo general se orientó en el análisis de las recurrencias y significaciones del discurso en torno al cuerpo y el cuidado de la salud en los docentes de la escuela de enfermería de la UPTC. Así mismo, se pretendió dar respuestas para acercarnos a la pregunta problema de tal manera que se complementasen tales como: ¿Qué

características tiene el discurso de enfermería en la formación profesional? ¿Cuáles son los giros de sentidos de los discursos sobre cuerpo y cuidado en enfermería? y ¿Qué implicaciones tienen las marcas discursivas de los docentes en el cuerpo y el cuidado de la salud? Las cuales posteriormente se convirtieron en los objetivos específicos que orientaron la investigación.

La población participante de esta investigación se enfoca en los docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia quienes son los actores fundamentales en esta investigación. En cuanto a la metodología de investigación que se implementó para este caso fue un estudio cualitativo hermenéutico con metodología de análisis de contenido, donde se utilizaron instrumentos de recolección como entrevista semiestructurada y documentos elaborados por los docentes para organización de datos y su correspondiente análisis categorial se utilizó el software Atlas. Ti 8.

El documento resultado de la tesis se organizó en cuatro capítulos. El primero, presenta un andamiaje referencial-conceptual a partir de autores y de mi autoría propia que soportan la investigación y permiten al lector ubicarse en el plano de las tensiones del discurso y la relación del cuidado y el cuerpo con la práctica de enfermería, los sentidos del cuerpo y cuidado, así mismo las distorsiones y rupturas con lo humano y los posibles horizontes del discurso de cuidado.

El segundo capítulo expone el trazado metodológico utilizado en la investigación, donde se explica el enfoque metodológico, las fases de investigación, las técnicas y herramientas para la recolección de información y los procedimientos para el análisis datos y categorías.

El tercer capítulo presenta los resultados de la investigación analizados, procurando fidelidad a sus palabras y comprensiones desde la experiencia.

En el cuarto capítulo se realiza la interpretación y discusión de los hallazgos emergidos de la investigación, se hace énfasis en algunas recomendaciones y significados emergentes que son necesarias para deconstruir elementos dañinos del discurso. Finalmente, se plantean las conclusiones a la luz del proceso investigativo que pueden servir para aportar a las estructuras pedagógicas de las ciencias de la salud y el propio cuerpo de la profesión de enfermería.

**Objetivos Objetivo General**

Analizar las recurrencias y significaciones del discurso en torno al cuerpo y el cuidado de la salud en los docentes de la escuela de enfermería de la UPTC.

***Objetivos Específicos***

1. Reconocer las diferentes características de reproducción del discurso de los docentes en la enseñanza de los contenidos del cuidado y el cuerpo.
2. Establecer las relaciones de sentidos impartidos por los docentes de la escuela de enfermería de la UPTC en función de la formación de los profesionales de la salud.
3. Examinar los significados y las posibles implicaciones de los sentidos discursivos evidenciados en los contenidos impartidos con respecto a la apropiación del cuerpo y el cuidado en el programa de enfermería de la UPTC.

## Planteamiento del Problema

### Rastreando el Problema

La Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia<sup>3</sup> con sede en la ciudad de Tunja, en el departamento de Boyacá, ha fundamentado su currículo y su plan de estudio en *“la formación integral de profesionales en competencias humanas, científicas y técnicas que les permitan convertirse en líderes en el cuidado de enfermería durante el proceso salud-enfermedad, vida-muerte”* (Escuela de Enfermería – Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2018). Así como competencias para gestionar el cuidado de enfermería, investigar, liderar procesos educativos en ambientes comunitarios, institucionales, clínicos y empresariales. Al mismo tiempo que ofrece herramientas necesarias para el fomento del mejoramiento de condiciones de vida de la población, la educación, la investigación y, en general, la solución de problemas de salud de la región (Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2019). Lo anterior se evidencia mediante asignaturas de áreas disciplinares, interdisciplinares, generales y de profundización, que pretenden que el estudiante a través de la formación integral y la pedagogía del cuidado<sup>4</sup> sea líder en el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población,

Al hablar de formación “integral”, se entiende de acuerdo con Nova (2013) citando a Orozco (1999), como “El proceso formativo que se compone a partir de las dimensiones humanas y no solo su potencial cognoscitivo, técnico o profesional, sino también, la práctica educativa, la cual se concentra en la persona humana; su autonomía y el potencial de su espíritu, cuyo objetivo es la transformación de la sociedad en que vive” (p.85).

---

<sup>3</sup> De aquí en adelante se mencionará con las siglas UPTC

<sup>4</sup> Entendida como una propuesta alternativa que pone en el centro el cuidado de las personas y la naturaleza, orientada a la sostenibilidad de la vida, el avance de la humanidad y la justicia social (Aguado et al.,2018)

Es así como, la UPTC discurre en la formación del libre pensamiento y libertad de cátedra para garantizar el libre desarrollo de la personalidad, donde los valores éticos, culturales y los saberes de la ciencia y la tecnología son los pilares de la formación integral.

Por lo tanto, la formación integral debería realizarse de cara a las condiciones del contexto en el que se encuentra la Universidad. Esto supone que, para acercarse a la comprensión de las dinámicas sociales y de salud es necesario tener en cuenta los determinantes sociales, y, por lo tanto, el eje de la enseñanza y la formación de profesionales deben responder a dichas demandas.

Por consiguiente, el programa de Enfermería de la UPTC apunta al reconocimiento de diferentes tipos de sujetos y escenarios (individuos, familias, comunidades, empresas, instituciones de salud e instituciones educativas) que hacen que los conceptos de salud y enfermedad también sean diversos en su definición. Lo anterior, repercute sobre las dinámicas de cuidado susceptibles de implementar para y con cada uno de estos tipos de sujetos, pero también implica un reto para la Academia y la formación profesional como lo proponen Mondragón & Ghiso (2010) citando a Serrano (2003) los profesionales de la salud tienen grandes debilidades en el conocimiento teórico y epistemológico de la educación siendo de esta manera incomprendida la educación en salud y el reconocimiento de los sujetos, conllevando a perpetuar los discursos del modelo pedagógico tradicional que ha venido interfiriendo en la forma de vivir, pensar y ser de las personas.

Debido a lo anterior, en la formación profesional se puede decir que el discurso académico supone la interpretación y comprensión que se debe a un proceso de producción lingüística con el fin de producir algo; en ese algo es probable que consideraciones en clave de género, raza, poder y saber se refuercen y absoluticen como criterio orientador de la relación educador y educando (Robayo, 2007).

En dicha relación entre docentes y estudiantes, la transmisión del discurso teórico, académico, formativo configura una determinada práctica del cuidado y una noción del cuerpo, pues hablar de cuidado es hablar de cuerpo. El cuidado está inscrito en el cuerpo de los sujetos (tanto del cuidado, como del cuidador).

Por otra parte, el discurso de la profesión ha sido producto de la dicotomía del saber científico y el saber popular. Lo anterior, se ha instalado en el cuerpo de los profesionales de enfermería, quienes terminan siendo homogenizados y adoctrinados, en el modelo hegemónico sanitario (proclive al proyecto de Nación), que tiene incidencia en la atención en salud que realizan los profesionales de enfermería, como en la formación de profesionales de salud, bajo parámetros que satisfacen las necesidades del mercado (y no las de las comunidades).

Sin embargo, las enfermeras y enfermeros han advertido que en los currículos de las escuelas de enfermería en Colombia, la educación centrada en la patología y la formación prioritaria en las ciencias básicas y biológicas gana peso en los contenidos curriculares de las profesiones de la salud; reduciendo el concepto de cuidado a la atención de calidad, los tratamientos médicos, el cumplimiento de los protocolos y guías, determinados por parámetros nacionales e internacionales y a los tiempos *suficientes* para el cuidado. Así mismo, las políticas de Estado clasifican las funciones profesionales, sin contemplar las competencias correspondientes a cada profesión, y con esto reduciendo el cuidado a los procesos asistenciales y hospitalarios en salud.

Tomando en cuenta lo anterior, se evidencian tensiones que emergen como producto de la contradicción entre un discurso institucional que responde a mecanismos normativos de orden nacional e internacional, permeados por lógicas productivas y económicas que definen en gran medida el perfil profesional demandado por el contexto, y la intención manifiesta del

currículo de enfermería, la experiencia docente de los formadores de la Universidad, y la práctica laboral de los profesionales de enfermería.

Lo anterior, conduce a cuestionar qué tanto de lo que aprenden realmente los estudiantes se puede implementar en la práctica; qué tanto de lo que se aprende de los docentes se articula con los lineamientos normativos de la carrera; qué tanto los docentes, a pesar de ser y tener discursos humanistas, amplios, deben reducirse o responder a los imperativos teóricos (biologicistas, medicalizados, etc.)

De ahí que surjan las siguientes tensiones que subyacen en el problema de investigación:

La primera tensión radica en los procesos formativos en enfermería en su mayoría se han sustentado en los modelos y teorías de enfermería orientadas a generar planes de cuidado en diferentes situaciones y momentos del curso de vida<sup>5</sup>, delimitados por pasos estandarizados, que orientan acciones de cuidado específicos y además descontextualizados, con lenguajes arraigados a la tradición que se promulga en la academia. En este sentido es necesario que se entienda que existen vacíos en el reconocimiento de las diversas formas de cuidado que desconocen los contextos y los factores culturales que permean el cuidado propio y el de los otros, así mismo de las poblaciones: étnicas, diversidad sexual, campesinas, entre otras; pues la dominancia discursiva en el ámbito laboral y la ciencia de la enfermería lleva a ubicarse en elementos hegemónicos sobre el cuidado del cuerpo material, brechas en la relación terapéutica y las corporalidades rígidas heredadas de la corriente militar del pasado histórico de la enfermería.

---

<sup>5</sup> En la escuela de enfermería de la UPTC aún permanece vigente el concepto de ciclo vital humano, incluso las asignaturas de áreas disciplinares se clasifican bajo el proceso secuencial y lineal del ciclo de vida.

La segunda tensión se evidencia, desde la propia experiencia formativa del investigador. La formación de enfermeras y enfermeros se ha cimentado bajo currículos prescriptivos e instructivos, basados en entrenamientos intensivos y procedimientos técnicos descontextualizados que crean ambigüedades de lo que se dice y se hace en la teoría y la práctica. La actitud que se propicia en las aulas y la que se ejerce en los escenarios prácticos en los sujetos estudiantes de enfermería que se convierten en receptores de saberes profesionales, alienados de sus potencialidades. En otras palabras, se ha considerado, erróneamente, “El currículo como una preparación para la vida no como la vida misma” y es propiamente en ese lugar donde el conocimiento enfermero/a es producido y legitimado por relaciones de poder (Henderson, 1994).

La tercera tensión se establece, al ordenar jerárquicamente asignaturas por valor e importancia formativa, privilegiando el conocimiento científico por encima de las distintas formas de cuidado, creando divergencia entre el saber teórico y el conocimiento práctico, ya que la enseñanza basada en un modelo biomédico ha precisado asignarle un valor indispensable al diagnóstico y al tratamiento, que se aleja de posiciones humanistas.

Tanto así que, los objetivos de tipo conductuales han generado la fragmentación analítica del contenido en unidades disciplinares independientes entre sí, por lo que el sentido de cuidado se ha clasificado a partir de categorías centrales y secuenciales como: las partes del cuerpo, el sexo, momentos de curso de vida, los contextos, las identidades, entre otros, desligando la perspectiva holística que se enuncia, reduciendo la práctica a elementos técnicos.

Se puede concluir que este enfoque racional cognitivo ha permeado los procesos con los cuales los enfermeros y enfermeras comprenden los problemas de contexto, incluso los planes de cuidado orientados a las personas no han logrado salir del juicio clínico, denotando grandes

debilidades en percibir los problemas de tipo social, por fuera del hospital y más allá de la enfermedad.

Cuarta tensión: la relación del enfermero y enfermera con el sujeto de cuidado es una relación que se refiere al cuerpo, en el sentido que es esencial tener acceso al cuerpo humano enfermo para realizar funciones (Enciso, 1997). El cuerpo de las personas que reciben cuidado es visto como cuerpo sujeto y cuerpo objeto a la vez. Casi siempre es un cuerpo enfermo, donde la enfermedad es una condición que exime de culpas, y donde no hay responsabilidad, puesto que, entra en la categoría moral de las cosas que simplemente ocurren a la gente (Scheper-Hughes, N. 1997, p. 176). En aquella relación, el enfermero/a es quien domina el cuidado y el cuerpo cuidado pasa a etiquetarse como “*paciente*” o como cliente, además de frágil e ignorante. En esa medida, la experiencia del cuerpo en dicho coexistir se individualiza e invisibiliza alguno de los cuerpos involucrados. Esta tensión quiere decir que, el cuerpo enfermo, el del paciente-cliente, frágil e ignorante, debe ser cuidado por los profesionales de enfermería, en el marco del control social de los cuerpos, definido por la medicina. En este sentido el vínculo de cuidado se enmarca en el asistencialismo sanitario, que ve a la persona como un objeto y al enfermero/enfermera como un instrumento de cuidado.

Quinta tensión: los fenómenos a los que se enfrentan a diario los profesionales de enfermería son ontológicamente diferentes a los de otras profesiones, y esto hace que existan dificultades en el entendimiento de la práctica profesional que olvida a la persona como sujeto dinámico, psicosocial y espiritual. En ese contexto, se han jerarquizado los niveles de conocimiento profesionales, implicando la definición de roles y subordinaciones, lo que se traduce en inequidades en el campo laboral, expresado en: sobrecargas laborales, rutinización de los procedimientos, cuidados estandarizados, violencia en los servicios de salud, entre otros.

Por todo lo anterior, desde la perspectiva de Cabra y Escobar (2014) se hace necesario cuestionar las nociones de cuerpo instaladas, ya que:

Somos más que órganos, anatomía, fisiología y biología, pues los colectivos humanos dotan al cuerpo de sentidos, le inscriben códigos y orientan las maneras como lo percibimos y vivenciamos. Usos, saberes, placeres y estéticas caben dentro de discursos y prácticas que actúan de forma cotidiana sobre este. Por tanto, el cuerpo no solo es experiencia orgánica, sino que se construye en los entramados de una particular concepción de humanidad (p.54).

Ahora bien, se entiende que en el cuerpo se escriben cantidades de símbolos y representaciones que se afirman en la cotidianidad y, repercuten en la manera cómo se entiende y se cuida el cuerpo, es decir, para que haya una reflexión de los elementos corporales es necesario vivenciarlos desde la particularidad y el sentido humano que dispone, pues los cuerpos están atados a las normas que se establecen socialmente por el poder y esto parece ser el punto de partida y la preocupación de esta investigación; ya que existe una postura académica y profesional que desvirtúa la reflexión del docente y de los profesionales de la enfermería en torno a sus propias creencias, identidades, lenguajes y discursos como aquella realidad que aparece en toda práctica ejercida en los cuerpos de quienes cuidan y forman.

Por lo tanto, en la presente investigación se buscan aquellos discursos que sumado a su carga semiótica trascienden a lo disciplinar para regular, controlar los cuerpos y normalizar comportamientos que por medio del cuidado producen y dan sentido a lo que puede ser legitimado o no, en la profesión de enfermería y en la relación terapéutica del cuidado.

De esta manera, se recurre a las voces de los y las docentes como medio idóneo para comprender las consideraciones que sobre el cuidado y el cuerpo reiteran los docentes de

enfermería, en su ejercicio pedagógico, y que tiene una incidencia sobre los futuros profesionales de enfermería.

Por todo esto, la apuesta es por empezar a decir lo que no puede ser dicho en la profesión, lo que se oculta, para ser el comienzo de una educación más liberadora. Es así como surge la pregunta: ¿Cuáles son las recurrencias y significaciones del discurso en torno al cuerpo y al cuidado de la salud, de los docentes de la escuela de enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia?

## **Justificación**

### **¿Por qué me sitúo aquí?**

La dominación de los cuerpos de mujeres y hombres ha permitido que se vislumbre una problemática en torno al abordaje y las intervenciones que hacen los profesionales de la salud a través del discurso que se perpetúa en la práctica de la educación y del ejercicio profesional de enfermería, invisibiliza las realidades y niega la autonomía de las personas que cuidan, y donde la relación de cuidado se vuelve un ejercicio de poder y saber. Por lo tanto, el enfermero y/o enfermera deciden sobre el cuerpo que “cuida” supliendo las necesidades en salud/enfermedad que en dicha subordinación se generan.

Es así como, la ciencia médica y la educación es una de las que mayor intervención ha hecho sobre los procesos de vivencias y existencias del cuerpo de las mujeres y hombres (Vallana, 2016), incluso logrando traspasar a áreas que exceden lo puramente fisiológico y suelen ser “definidos como problemas médicos” (Rico & Iriart, 2013, p. 1765). Esta lógica de apropiación e invasión del discurso que en palabras de Tabet Livia et al (2017) “hace a los individuos dependientes del saber producido por los agentes educativo-terapéuticos” (p.1192), y donde los problemas de la vida cotidiana son definidos y tratados como problemas médicos (Knauth & Machado, 2013) que ha dotado de códigos y prescripciones a los mecanismos de higiene y sanidad fragmentando e instalado la idea del cuerpo como “objeto” con pretensiones de definirlo, sujetarlo y manipularlo.

Si bien los discursos se tejen a partir de procesos de interacción social, para dar sentido a las cosas, está claro que el espacio académico se convierte en perpetuador de aquellos discursos, en el que el cuidado es un concepto enseñado y aprendido compuesto por saberes cotidianos, referentes teóricos, conocimientos científicos que determinan una manera de ser, pensar y actuar de los enfermeros y enfermeras. Por lo tanto:

El discurso educativo es el responsable de la propia realidad y de la construcción de conocimientos compartidos en el aula, y su desarrollo está determinado por el contexto y la continuidad; entendiendo el primero como la situación, la actividad y el contexto físico, y a la continuidad como la relación entre el diálogo, los gestos, las actividades y las situaciones (Ignacio, 2005, p. 58).

El discurso de las prácticas de cuidar se da a medida que docentes y alumnos construyen mecanismos de interacción a través de la comunicación que permiten una construcción de las comprensiones del cuidado, aunque en la cotidianidad estas disertaciones se encuentren desconectadas de la teoría y mucho más de la práctica.

El término de enseñar que repercute en el proceso de aprendizaje formativo profesional lleva un detonante de intencionalidad bastante implícito en el contexto universitario en la formación de enfermeros y enfermeras, es precisamente en las aulas, en los hospitales y clínicas donde se pierde el horizonte relacional del cuidado, en gran medida por los mecanismos dominantes que se acentuaron en la relación docente - estudiante, sistema de salud - estudiantes y sistema educativo-sistema de salud, que llevan a la estandarización pedagógica, a la rutinización del cuidado y a la ampliación de las brechas de conocimiento y práctica.

Debido a lo anterior, vinculando el término de cuidado a la forma en la que actualmente entendemos los procesos de salud-enfermedad, se infiere que esta apropiación excesiva del cuerpo social se debe a la naturalización peligrosa del discurso que ha dejado cicatrices en los cuerpos sobrevivientes que reclaman autonomía, resisten y promueven líneas de fuga para los que pretenden dominarlos.

Por tal motivo, es prioritario direccionar acciones que permitan comprender a los docentes, hombres y mujeres, su propio cuerpo, los cuales a través del ejercicio pedagógico y su

práctica permanente privilegian el discurso, la razón y la mente; dado que, la salud como espacio creativo, expresivo, libertario, está lejos de ser una posibilidad real, ya que sus abordajes quedan reducidos al riesgo, a la enfermedad, al órgano, a la anormalidad, al problema y no a la posibilidad y la transformación (Fernández, 2014).

El interés por el discurso de los docentes se debe a su incidencia en la comprensión que va a tener en los nuevos profesionales de enfermería y en donde dichas aproximaciones a estos suponen la posibilidad para que los sujetos formadores cuenten, develen su práctica y sus propias experiencias en torno a las categorías de cuerpo y cuidado reproducidas en el lenguaje profesional.

Precisamente los conceptos de cuerpo y cuidado que están íntimamente relacionados al cuidado de la salud y procesos de salud enfermedad son recurrentes en la profesión, de uso cotidiano y presente en los lenguajes de los profesionales, porque no solo son conceptos aislados y estandarizados, sino además son la esencia de la profesión y se hace necesario mirar cuales de esas nociones, divergen, confluyen y cambian en la teoría, es decir, en lo dicho y lo aprendido y en la práctica en lo asimilado y ejecutado.

Además, desde una perspectiva apartada del modelo biologicista, es necesario empezar a desentrañar los conceptos que son recurrentes en la teoría y práctica, con el fin de evidenciar que las categorías de cuerpo y cuidado pueden ser problematizadas para constituirse de forma diferente a las habitadas.

De esta manera se recurre al mecanismo del discurso que permite acercarnos y conocer a los otros por medio del lenguaje. El lenguaje entendido como aquella posibilidad de interacción escrita y/o oral, que posibilita encontrar dentro del texto el contexto de los elementos que se

articulan con los fenómenos que dan sentido-significaciones al fenómeno a investigar (Ramírez & Zwerg, 2012).

Desde este punto de vista y buscando referencias de trabajos que orientan sobre estos temas en conflicto, se ha llegado a la conclusión que es muy poco lo que se ha reflexionado sobre los discursos de cuidado y cuerpo por parte de los profesionales de la salud y la enfermería. En un rastreo bibliográfico y de acuerdo con Cabra & Escobar (2014) en Colombia en su mayoría, existen cuatro tendencias temáticas presentes en cuanto al cuerpo en la bibliografía: revisiones históricas, género, juventud y escuela, dejando en evidencia la ausencia aún por indagar alrededor de los ámbitos de salud y especialmente la enfermería.

Por ende, al no ser comprendido el cuerpo que se cuida y la horizontalidad de la relación en salud, los profesionales de la salud generan malestares y comportamientos violentos que se reflejan como la violencia ginecobstétrica, la patologización de los comportamientos “desviados socialmente”, la normalización de la guerra y la violencia, las objeciones de conciencia “colectivas o institucionales”<sup>6</sup> frente a una interrupción voluntaria del embarazo, la medicalización de la vida, ejercicios de cuidado “deshumanizados”, excesiva estandarización de procedimientos, la concepción del otro(a) como sujeto pasivo y objeto terapéutico y cualquier procedimiento que violente al ser humano (Galindo, 2018) o lo discrimine en la atención en salud a causa de cualquier otro eje de desigualdad social como raza, sexo, clase y género.

En consecuencia, son los profesionales de la salud los que construyen un orden social legitimado por la relación Estado-ciencia-medicina (mediado por el modelo médico

---

<sup>6</sup> Identificado por la Corte Constitucional de Colombia como una de las barreras para la IVE, o para prestar el servicio relacionados con la práctica del aborto en los casos establecidos por la C-355 de 2006.

hegemónico)<sup>7</sup> en donde el discurso es herramienta para someter a los individuos con fines específicos determinados dentro del proyecto de Nación.

Con lo anterior, estas comprensiones al ser configuraciones complejas plantean la oportunidad de mirar reflexivamente las convergencias y divergencia alrededor de la diada cuerpo- cuidado, sobre todo en el campo de las ciencias de la salud, donde el sujeto es la esencia y razón de ser de dichas disciplinas.

De ahí y en concordancia con la naciente política de paz y de atención en salud en el país, se deben generar a futuro estrategias para reconfigurar el discurso, que transformen los cuerpos sumisos y controlados (Laquear, 1994) con el fin de subvertir cualquier atención en salud que se aleje del enfoque de derechos y permitir una atención acorde a las diferencias que busque la participación de las comunidades en sus propios procesos de salud - enfermedad.

Además, porque tiene imbricaciones en la formación profesional que protagonizan los docentes y estudiantes, en este caso de la escuela de enfermería de la UPTC, cuya herencia histórica se ha cimentado, por las posturas clásicas y tradicionales, en la pedagogía del cuidado y en donde no se evidencia un cambio de perspectiva de corrientes de pensamiento médico-biologicista que permita determinar una transición al reconocimiento de significaciones más integrales y sociales. Parece ser que dicha estructura de adiestramiento permanece en la formación pedagógica, pues da cuenta de una identidad ejercida por los mandatos de tipo gremial, institucional y normativo, centrada en el disciplinamiento, alejada de la diversidad y la pluralidad.

---

<sup>7</sup> Se entiende como la construcción de una estructura de relaciones que actúan e interactúan bajo elementos de individualismo, ahistoricidad, mercantilismo, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva de la persona, tendencia al exceso de consumo médico y eficacia pragmática. Su principal rasgo es el biologismo, que de manera obvia le ha dado garantía de cientificidad al modelo y además a subordinado a otros niveles explicativos posibles, es decir, reduce la enfermedad a la causalidad sin explorar las complejas relaciones sociales que determinan el fenómeno de la enfermedad y la salud (Menéndez, 1988).

Por todo lo anterior, esta investigación al ser un estudio exploratorio es totalmente necesaria y significativa en la profesión de enfermería y ciencias de la salud porque va a procurar que los y las docentes, estudiantes, enfermeros, enfermeras y demás profesionales de la salud autorreflexionen sobre el acto de cuidado y los elementos que envuelven los comportamientos y discursos sobre el cuerpo como escenario de cuidado. Además, debido a que la educación sobre el cuerpo necesariamente debe estar precedida sobre bases claras y concretas que permitan determinar desde donde se comprende el cuerpo propio y el cuerpo otro y distinto.

Asimismo, porque los docentes representan una triple condición de sujetos cuidadores, de cuidado y formadores de cuidadores, eso implica una representación corporal distinta en cada situación que lleva a cuestionarse sobre las nociones del cuerpo, el cuidado y el cuidado del cuerpo. Por lo tanto, se espera que los actores que acabamos de nombrar sean autogestores y conocedores de sus propios cuerpos, de los cuerpos alternativos, de los cuerpos distintos otros, pero sobre todo de las posibilidades y alcances del cuerpo autónomo y de derechos.

Al obtener las comprensiones de los discursos docentes, se realiza un aporte al desarrollo social como una propuesta que busca ser el principio para formar profesionales de salud con competencias para la atención al impulsar el reconocimiento de los discursos propios de los profesionales de enfermería que por ahora atrapan el rol en lo tradicional y persisten en el saber-poder. Y en esa misma línea aportar claves para incidir en el currículo de las escuelas de enfermería que permitan evaluar y superar por lo menos algunas incoherencias discursivas que habitan en la profesión.

A modo de conclusión, esta investigación pone en el centro de discusión por lo menos tres posibilidades:

En primer lugar, la posibilidad de descubrir a partir del lenguaje y el discurso los elementos teóricos del conocimiento de la profesión y las acciones ejecutadas en la práctica real, que abre la posibilidad de hacer una autorreflexión como profesionales, como escuela de enfermería y universidad, y exponer los elementos del proceso educativo y formativo a los cuales se les da verdadera relevancia en la práctica de enfermería.

En segundo orden, brinda la oportunidad de hacer un análisis consciente desde distintas disciplinas y especialmente desde las profesiones de la salud sobre los discursos, las prácticas y las maneras como inciden en los sujetos para los cuales trabajamos y cuidamos.

Y finalmente, permite establecer aquellas formas como nos autodenominamos cuidadores olvidando el propio cuerpo y las corporalidades, las conexiones con las actividades humanas e instrumentales del cuidado, las ambigüedades de lo que se dice y se hace, o se tiene que hacer. Esta investigación invita a cuestionar ¿Cómo hacemos eso que decimos que debemos hacer? ¿Nos consideramos cuerpos? ¿Desde dónde nos cuidamos, desde lo humano, lo instrumental, lo normativo?

**CAPITULO 1.**  
**Andamiaje Referencial-Conceptual**

### **1.1. Estado del Arte**

Para el ejercicio de búsqueda de bibliografía del estado del arte se consultaron siete (7) bases de datos bibliográficas (CUIDEN, HUMANITIES, REDALYC, CLACSO, GOOGLE ACADÉMICO, SCIELO, ENFERMERÍA AL DÍA) y tres (3) repositorios de instituciones educativas (UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA Y CINDE), las cuales por medio de un árbol de búsqueda y un ejercicio de aplicación de ecuaciones y descriptores como: cuerpo y cuidado, enfermería y cuerpo, discurso y cuerpo, enfermería y cuidado, discurso y cuidado, y operadores Booleanos (and y or) se filtra en las bases de datos para encontrar la información apropiada para investigación. En este caso se obtiene en total veintiocho (28) investigaciones entre artículos científicos y tesis de maestría y doctorado, el cual a través de un proceso de lectura y exclusión de resúmenes y después de evidenciar duplicado de trece (13) investigaciones, se obtiene un total de quince (15) investigaciones, las cuales se analizan y se exponen sus principales hallazgos y aportes a la investigación (Ver anexo 9).

Los criterios de inclusión y exclusión definidos fueron:

#### **Inclusión**

- Artículos cualitativos y/o cuantitativos
- Documentos publicados en los últimos 20 años
- Literatura gris: Tesis, tesinas, monografías, capítulos de libro (disponibles online), ensayos teóricos, ponencias.
- Documentos en español, inglés y portugués.
- Documentos producidos en el espacio iberoamericano.

- Documentos que traten directamente del tema del cuerpo y cuidado en enfermería, el discurso y práctica de enfermería o que este aspecto haga parte de su referente conceptual o teórico.

### **Exclusión**

- Proyectos
- Documentos no disponibles a texto completo vía online
- Ensayos de reflexión
- Documentos que se relacionen exclusivamente con *biopolítica*

A continuación, se exponen los principales hallazgos de la revisión bibliográfica:

#### ***1.1.1. Tensiones del Discurso y la Relación del Cuidado con la Práctica de Enfermería***

Desde la propia experiencia del investigador en la formación de enfermería y el ejercicio pedagógico del docente, se ha encontrado la necesidad de explorar más allá los análisis y el reconocimiento del papel de la enfermería en los escenarios de actuación para empezar a cuestionar los elementos recurrentes en el discurso y la manera como se afirman en las formas de cuidar por parte de los cuidadores en los sujetos de cuidado. Podemos encontrar aquí, la oportunidad de aproximarnos a los significados del discurso de los enfermeros y enfermeras, como repercuten estos en la práctica y la formación profesional. A continuación, algunas investigaciones que se refieren a la relación entre el discurso docente-estudiante y cuidado-cuerpo.

Para Luz Nelly Rivera (2013) una enfermera Colombiana, que realiza su tesis doctoral en España, denominada *Saber y experiencia de el/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado* por medio de un método fenomenológico- hermenéutico con perspectiva

interpretativa logra identificar la relación pedagógica como una **relación de cuidado**<sup>8</sup>, a través de una categoría estructurada situada en lo humano, la cual ella denomina “**Estar por la/el estudiante**” en el que se le considera al estudiante, una persona protagonista de su propia experiencia de formación y en el que el cuidado de enfermería (categoría de interés) se enseña desde una dimensión ético-moral en los ámbitos clínicos, más específicamente en la preservación de la seguridad e integridad del paciente en la atención. Debido a esto, la práctica de cuidado requiere de un autocuidado (cuidado de sí) por parte del estudiante que adquiere a través de la cotidianidad, su carga histórica y personal que le permiten construir un entramado de significados que convergen en el acto de cuidar. Eso significa que el cuidado debe ser holístico, de sí mismo y para los demás.

Rivera concluye que se debe implementar en los currículos asignaturas de **cuidado emocional**, que permitan **re-pensar la propia práctica** de cuidado enfermero, haciendo especial énfasis en el **lenguaje - discurso**, para problematizarlo y deconstruirlo y así empezar a cambiar, cuestionar y potenciar tanto la labor de enfermería como el ejercicio pedagógico (Rivera, 2013).

Por otro lado, Ana Luisa Velandia (1995), centra su discurso en el análisis crítico de las áreas de desempeño profesional de enfermería y su trascendencia de la identidad profesional, expuesto en el II Congreso Nacional de Exalumnos de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en Bogotá, en el cual, con contundentes palabras se refiere a la formación universitaria de enfermería comúnmente rígida, autoritaria, evidenciada en currículos inflexibles que tensan la relación entre persona y oficio, produciéndose divergencias en el quehacer profesional y el discurso aprendido a través de la teoría-práctica.

---

<sup>8</sup> Los conceptos en negrillas son claves que se encontraron en las investigaciones y tiene relación con las categorías de análisis de la investigación. Se hace énfasis en el resaltado para invitar a los lectores para que intenten comprender la noción de las categorías y su vínculo con la enfermería y el objetivo de la investigación.

Igualmente, Piedrahita y Rosero (2017) con una revisión integradora de bibliografía, afirman que la disciplina ha permitido que los currículos se basen predominantemente en el modelo biomédico y la práctica tecnicista descontextualizada, provocando, en palabras de los autores una dicotomía entre el discurso y la acción, la teoría y praxis; esto debido a la eminente racionalidad científico - técnico de las ciencias básicas y prácticas clínicas, que perpetúan la visión médico - biologicista y centran los cuidados en los aspectos físicos exclusivamente en el proceso de salud y enfermedad.

Lo anterior, confirma la preocupación por la formación y el ser de los enfermeros y enfermeras que se han configurado en el saber – poder permeando las dinámicas del desempeño profesional y las subjetividades de los de ‘toca y uniforme blanco’, interfiriendo en las comprensiones de una disciplina denominada como humanista y social.

En México, Ruiz, Suarez, Cruz y López (2017) en su trabajo sobre *análisis discursivo del docente en la formación profesional de enfermería*, ofrecen respuestas sobre la forma como se construye la interpretación de cuidado y el quehacer profesional a “medida que las personas hablan o escriben sobre el mundo y se introducen en las prácticas cotidianas” (p. 85). Es a partir del discurso técnico y científico, que se reproducen y se validan los conocimientos de la disciplina considerados como adecuados. Al parecer en el análisis se evidencia también, que los docentes en las formas discursivas son atravesados por un **discurso cotidiano** que tiene relevancia en las clases y el discurso educativo, para la construcción propia del concepto de cuidado, salud y enfermedad.

Por su parte Bettancourt, Muñoz, Barbosa y Fernández (2011) en su investigación sobre el rol del docente en los campos de práctica clínica, logran por medio de un enfoque fenomenológico, vislumbrar cómo algunas formas entrelazadas del concepto de cuidar, comienza a permear la relación docente – estudiantes, donde la/el enfermero/a docente en su quehacer,

involucra su historia, su modo de ser, su vivir y su experiencia reflejándose en los discursos. Entonces, la relación del docente con el estudiante es la forma que determina la enseñanza del **cuidado propio** y con los demás.

Es allí donde radica una de las conclusiones de los autores, quienes afirman que, el cuidado lleva el significado **de interés o cuidar de**, preocupándose por los pares, como sentido **opuesto al cuidado de ellos**, aunque muchas veces el cuidado al ser muy mecanicista, lleva a “considerar a los estudiantes como “cosas” de los cuales cuidar, desconociendo que ellos son propios y orientados a los otros, convirtiendo al estudiante en un objeto de interés del desarrollo de la clase” (Bettancourt et al, 2011). Esto evidencia contradicciones en la ejecución y la construcción de cuidado que se transmite por el discurso docente, pero hace resistencia en los estudiantes cuando se identifica como falencia el cuidado propio, siendo fundamental en el cuidado de los demás.

En este mismo sentido, Días, Santana y Oliveira (2011) en un estudio descriptivo-cualitativo, sobre las implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal presentan:

- El cuidado humano es comprendido como la **esencia** de la práctica de enfermería, que se conforma a partir de la transversalidad entre el conocimiento científico y el ser humanístico, es decir, la integración del cuerpo, mente y alma.
- Se realiza un análisis donde se define que la educación superior de la formación profesional de enfermería debe primar el desarrollo de las competencias y **habilidades humanistas y espirituales**, donde se le permita el sentido de la salud integral del otro y de sí a los estudiantes.
- La fragmentación entre el discurso y la praxis muestra una deformación de los cuidadores. Por el contrario, cuando el cuidado se reviste de una acción

transformadora y de una educación crítica sobre los conceptos y práctica, es capaz de sobrepasar la **visión mecanicista** de la medicina y darle paso a una visión vital de un cuerpo vivo y sensible que potencia las subjetividades.

- Se evidenció la necesidad de reflexionar un nuevo pensar-actuar del proceso enseñanza-aprendizaje, que re-signifique la formación pedagógica del docente para atender las demandas de formar cuidadores en discursos y acciones cercanas a la teoría y la práctica integral y universal.

Apoyando las conclusiones anteriores, Hoyos, T, Morales, R, Noreña, C, Salazar, A & Saldarriaga, R. (2005) en su tesis de maestría denominada *Experiencia de los estudiantes de enfermería de la universidad de Antioquia en la práctica clínica*, encuentran que el cuidado se concibe como una intervención técnica debido a la lógica racional del positivismo y las ciencias naturales. En su relatoría, se pretende por el cuidado de enfermería con acciones orientadas al acercamiento al otro con ética. Dicho proceso debe constituirse en la comunicación que permite que se intercambien puntos de vistas y se compartan modos de vida, es decir, el ámbito donde dos personas por medio de su singularidad, sus sentimientos y emociones hacen de la interacción un dialogo vivo, que sobrepasa los medicamentos, los objetos y las teorías.

Los autores recomiendan realizar investigaciones sobre la experiencia de los docentes en los diferentes escenarios que permitan definir aspectos de contenido curricular, para dar respuesta a la formación del profesional de enfermería que la sociedad reclama.

Hasta aquí, la búsqueda ha arrojado algunos tópicos y conceptos del cuidado y su relación discursiva con la profesión. Sin embargo, hay nociones y conceptos alrededor de las investigaciones expuestas anteriormente, que pueden dar ritmo y rumbo a la propuesta investigativa. No es en vano mencionar estas investigaciones, pues confirman el discurso tradicional del profesional de enfermería y las inconsistencias plasmadas en las apuestas

académicas de lo que significa ser enfermera y enfermero, que claramente suscita y moviliza la construcción de la esencia como enfermero, como persona, pero sobre todo como ser humano, en la posibilidad de construir sociedades distintas a partir de reflexiones personales como esta.

No cabe duda de que la enfermería ha crecido significativamente y ha logrado reconocimiento para el desarrollo de las comunidades. A partir de lo anterior González (2016) en su búsqueda por identificar las necesidades formativas de los programas de enfermería de Colombia, encuentra que, pese a que se habla de currículos académicos interdisciplinarios flexibles enfocados a la adquisición de competencias, no hay apuestas claras que evidencien un cuidado en poblaciones en condición de diferencia, como las poblaciones indígenas (cuidado intercultural), población con discapacidad visual y áreas de cuidado ambiental. Entonces ¿de qué tipo de cuidado integral estamos hablando? ¿Realmente nuestros discursos integrales no trascienden a la práctica y los ámbitos de cuidado? o se ha naturalizado como un requisito homogeneizador de las ciencias de la salud, clara disyuntiva marcada en el perfil enfermero/a.

La tesis de maestría de Duque, Vallejo y Rodríguez (2013) quienes pretendían identificar el sentido de los actores sociales universitarios en el quehacer disciplinar, en el cual se evidenció que el discurso docente no trasciende a la realidad de las cuatro paredes del salón de clases, y este se encuentra saturado de literatura, restándole la oportunidad de comprender la realidad de los diferentes contextos, lo cual genera deshumanización de los servicios de salud, mecanización del aprendizaje y un desconocimiento por las necesidades y la alteridad del otro-sujeto.

La principal conclusión, se fundamenta en que los discursos de los maestros siempre están configurados en actos comunicativos, ejerciendo influencia sobre los estudiantes, a través de los intereses y el dominio del saber, es decir, en palabras de los autores, los docentes “enmarcan el discurso, como un lenguaje en un contexto, en este caso el contexto es el escenario

educativo y los intereses de formación tanto disciplinares como humanos” (p.70) y por esto, es que recomiendan que los docentes se hagan conscientes de los discursos que emiten y logren involucrar la alteridad en las practicas pedagógicas.

Hasta aquí, se evidencia el significado del discurso en el ejercicio docente y la carga subjetiva que contiene al reproducirse en los estudiantes por el saber y la lógica racional que ha envuelto las ciencias de la salud.

Por otra parte, la investigación de Suarez (2010) en su tesis denominada *Discurso Fisioterapéutico, esguince a la subjetividad*, trabajo que centra la atención en los procesos subjetivos del profesional y la persona, pues su interés y preocupación como sujeto profesional de fisioterapia; la encaminó a reflexionar sobre su discurso y su lenguaje corporal, preocupación por la forma como son abordados los sujetos de rehabilitación interfiriendo en la subjetividad. Reflexión que lleva a pensar que más profesionales de la salud han sentido la misma tensión del discurso hegemónico que refuerza las inconsistencias de la teoría y la praxis y propiamente de la esencia misma de las profesiones de la vida.

A partir de un enfoque Hermenéutico y análisis del discurso Suárez, logra identificar unos códigos de percepción, atención, dominio y tratamiento sobre el abordaje del cuerpo que enfatizan en la dominación del terapeuta sobre su paciente, por medio de los roles que cada uno de los sujetos asume en la consulta. Incluso la subjetividad de las personas es intervenida por el lenguaje cinético, término que la autora, denomina al gesto que facilita la estructuración del pensamiento y permite la comunicación.

Es así como, el discurso se convierte en un dispositivo de moldeamiento y empoderamiento que reconfigura y desarrolla nuevas subjetividades, postulado que apoya Lancilevich (2007) citado por Suárez (2010) “la subjetividad orienta el discurso, al igual que la

práctica discursiva constituye subjetividades” (p.20). Si bien, en esa medida de la conformación del sujeto como carga histórica y situacional, es preciso traer a colación las formas como los profesionales de la salud conciben y producen los sujetos de manera fragmentada por medio de:

- La tradición biologicista, que divide cuerpo y alma.
- La tradición medieval, donde el cuerpo es sinónimo de pecado, deseos y placer.
- La dominancia del discurso científico, médico y racional que pretende erradicar la enfermedad, clasificar la salud y jerarquizar las profesiones de salud.

Lo anterior, le permitió a la autora concluir parafraseando que la subjetividad está hecha de la materia discursiva que atraviesa y constituye el sujeto, además que el cuerpo, el discurso y la normalidad funcionan como una maquina homogenizante y totalizante de sujetos que se denominan pacientes.

En la misma línea, Julia Castro (1996) fisioterapeuta, en su trabajo investigativo titulado: *Presencia de la religión, el género y la medicina en los universos simbólicos de los fisioterapeutas*, acude a la hermenéutica como herramienta metodológica, haciendo con ella un rastreo categorial, en el que presenta:

A la **erotofobia** como la influencia religiosa que fomenta la sumisión y demuestra la forma como las instituciones transmiten sus significados acudiendo a mecanismos de control.

Se evidencia como conclusión que la práctica de fisioterapia se encuentra medicalizada, reflejada en los comportamientos, conceptos y símbolos asumidos por la profesión, perpetuando la relación de dependencia y dominación con el médico que incentiva la producción del discurso hegemónico.

También, Castro (1996) muestra la relevancia del género y la institucionalidad como componentes enajenadores y de mecanismos de control de la profesión y cómo el cuerpo a pesar de ser la unidad de análisis de la profesión resulta invisibilizado en el discurso.

Para lo cual propone que los profesionales de la salud se **vean (verse)** para que **visibilicen su propio cuerpo** y logren sobrepasar las limitaciones de lo biológico y dimensionemos de lo humano, lo político y social como parte integral. También está el **Narrarse**, que significa escuchar el propio discurso, para lograr una autolectura y construir y deconstruir la experiencia que también involucra al otro/s. Y por último el **juzgarse** que implica reflexionar y ser consciente sobre aquellos discursos que subvaloran la profesión e impiden la autonomía en el ejercicio laboral.

Surge otra categoría del análisis la cual es enunciada como *filiación*, que consiste en el reconocimiento y la diferenciación de **los discursos entre un nosotros y un ellos**, y pareciera que la diferenciación marcada por la condición gremial frente a la aparente inferioridad del usuario o paciente. Es decir, se replica la dicotomía objeto (paciente) y sujeto (fisioterapeuta o profesional de salud).

Por su parte Luque (2010) en su investigación *El cuidado de sí. Saber, poder y discursos médicos sobre SIDA y su impacto en hombres gay*, encuentra que los discursos de saber se construyen y migraron del ámbito de lo moral a lo médico, “la producción de verdad amplía su espectro: ya no se limita al confesionario sino también al consultorio, donde se han pulido los métodos de interrogación”.

Plantea una categoría del cuidado de sí y el conocimiento de sí, como una alternativa de resistencia a los discursos de poder que, por el contrario, resignifique la noción de cuidado más vinculado al cuidado mutuo y al eros.

Otra categoría es el discurso preventivo que surge como la idea de regular el ejercicio de la sexualidad para mantener bajo control las comunidades, en este caso, la comunidad homosexual, pues este tipo de discurso en su mayoría controla al sujeto y no centra su atención propiamente al virus, la patología, las secuelas, etc.

Por ello, Luque concluye que se deben replantear los discursos de saber-poder, en búsqueda de la construcción de un nuevo sujeto moral, con un conocimiento de sí, capaz de **agenciar el cuidado del cuerpo** y ser consciente de su entorno y la diversidad a la que pertenece.

Es así que, al finalizar esta búsqueda de aportes a la investigación, la tesis de maestría *Lección de maestros-Aproximación al cuerpo de valores, creencias y formas de hacer las cosas* inscrito en el discurso de los formadores en Fisioterapia, realizado por Aydee Robayo en el año 2007, en donde gracias a la metodología de investigación descriptiva, cualitativa y análisis del discurso, explica que el legado de ‘servicio, voluntariado, vocacional y de caridad’ en la formación en Colombia, ha logrado resistir y permanecer en el discurso docente, lo cual permitió encontrar que las categorías de cuerpo y/o de movimiento no se mencionan en los discursos, de esta forma se invisibiliza el propio cuerpo del profesional, incluso la categoría de género, en una profesión mayoritariamente femenina que no logra reflejar las necesidades de los análisis entorno al cuerpo en las narraciones.

Por último, los docentes de fisioterapia se develan como agentes resignificadores de lo simbólico y el saber, y en ese sentido se evidencia que existe una desconfianza para ejercer liderazgo intelectual y moral para cuestionar el currículo, el PEI, y en general la institucionalidad.

Esta búsqueda de información proyectó imágenes de vivencias y recuerdos de experiencias durante mi formación, y en el que ahora, mi lugar de enunciación permite ratificar que, no hay estudios en Colombia sobre lo que significan las categorías centrales de enfermería: cuidado y cuerpo para los propios profesionales de enfermería. Esta falta de preocupación y nivel de indefinición claramente repercute en las comprensiones que puedan establecerse dentro de los conceptos de cuidado y cuerpo.

## **1.2. Marco Referencial - Conceptual**

### ***1.2.1. Aproximaciones al Discurso Sobre el Cuerpo y el Cuidado en la Enfermería***

A pesar de que Cuerpo y Cuidado son el centro de la enfermería como disciplina, poco se ha profundizado en su comprensión y en sus relaciones, y, de acuerdo con las fuentes consultadas, se evidenció una brecha entre teoría y práctica, especialmente en la práctica clínica. Poco se ha profundizado en el tema y en lo que sucede en el ejercicio pedagógico de formación de los profesionales de enfermería, respecto de estos conceptos.

A continuación, se presentan los referentes teóricos que dan cuenta de estos conceptos desde la mirada de la enfermería, evidenciando los llamados que se han hecho para incorporarlos en la formación.

**1.2.1.1. Sobre el Concepto de Cuerpo.** Pensar en el cuerpo nos lleva a ubicarnos en diferentes perspectivas, disciplinas, paradigmas y contextos que condicionan la manera como hoy en día se comprende y se expresa. En este sentido, para el autor Enrique Gervilla (2001) el ser humano de manera constante ha tratado de explicar y se ha preocupado por el cuerpo, debido a que este, se vuelve permanente motivo de cuestionamiento y un constate problema para la existencia humana y a través del tiempo se le ha “otorgado múltiples respuestas, funciones y diversas soluciones para su enigma existencial” (p.191).

Desde el mundo griego antiguo, el cuerpo se concebía como una yuxtaposición de órganos y elementos separados, donde el cuerpo era mencionado como un medio, un vehículo o como contenedor del alma. Para Platón, el alma sobrevive a la muerte del cuerpo, pues esta no tiene como destino el mundo corporal. De igual manera, Aristóteles, concebía al hombre de modo hilemorfístico, es decir, como un compuesto de materia y forma, en donde el cuerpo funciona como materia viva y el alma como forma sustancial. Esta unión de cuerpo – alma es una asociación sustancial, pero también temporal (Eudemo). Porque el término alma o psique, se denomina acto primero del cuerpo físico orgánico que tiene la vida en potencia, por lo tanto, “el cuerpo se vuelve en función por y para el alma” (Gómez & Sastre, 2008, p. 121).

Durante el proceso de civilización el Estado fue constituyendo procesos de apropiación legitimadores de conductas, comportamientos y discursos que durante los siglos XVII Y XVIII implantaron la idea de cuerpo adscrito a códigos, cultura y simbolismos que definieron aspectos de la normalidad, disciplina y la manera como se castigaba lo diferente de aquello que se desviara de los intereses que se establecían socialmente.

Fue hasta el siglo XX que el significado de cuerpo empieza a cambiar y transformarse. Nietzsche, por ejemplo, afirmó que ‘ser hombre es ser cuerpo viviente’. En la misma línea, Husserl le otorgó al cuerpo humano los elementos de cuerpo material y físico (Körper) y el cuerpo propio y vivido (Leib) (Firenze, 2016, p. 100)

Para autores como Duch & Mélich (2005), el cuerpo es un «cuerpo encarnado», esto es, «soy cuerpo en tanto encarnado», quiere decir que, no solo basta tener un cuerpo, hay que ser cuerpos y en esa medida, el cuerpo hay que vivirlo, debido a que, el cuerpo está sujeto a la vida misma. Por eso puede afirmarse que el “cuerpo humano es la gran “mediación social” que dispone el ser humano para hacerse presente en su mundo cotidiano” (p.144).

En el mismo tono, los autores en mención consideran que el cuerpo humano como objeto del conocimiento médico y científico ya no es cuerpo, sino que, se trata de un mero ente «objetivo» y «objetivado» que, no pertenece a nadie, porque se mueve en el campo de la abstracción y de la indeterminación espaciotemporal (Duch & Mélich, 2005).

Para comprender lo anterior, Merleau - Ponty habla de la experiencia vivida otorgándole al cuerpo las propiedades de horizonte de toda experiencia y sentido. Para el autor, la subjetividad es entendida como “cuerpo propio” (*corps propre*), y a partir de dicha “subjetividad encarnada en un cuerpo vivo, que posibilita acceder al mundo y a los otros cuerpos” (Firenze, 2016, p. 100), por lo tanto, el cuerpo es denominado “lugar de intercambio” entre acción y recepción, pero también entre lo propio y lo otro. No es posible separarlas, porque el cuerpo es siempre conjunto de las representaciones internas y externas de lo que percibe.

El pensamiento de Merleau Ponty (2000) afirma «es por mi cuerpo que comprendo al otro, como es por mi cuerpo que percibo “cosas”» e introduce la idea de conciencia corporal que involucra la forma como vivenciamos el cuerpo y la conciencia que hacemos de esas vivencias, en efecto, “todo pasa por y en el cuerpo”. Por eso es importante, reconocer que en los cuerpos que participan en el cuidado, los sujetos sufren transformaciones de su ser y sus subjetividades, debido que, el cuerpo no es solo una experiencia orgánica, sino un entramado de concepción de humanidad.

Con todo lo anterior, el engranaje que nace históricamente entre cuerpo y salud se debe a los planteamientos arraigados a la teoría social del cuerpo, en la cual, los supuestos objetivos de la realidad biológica del cuerpo y los objetivos de la salud (también biológica) se han adherido a dimensiones del poder que incitan a un estilo de vida normalizado como modelo de orden social bajo la noción de sano o saludable en aspectos corporales como la higiene, el cuerpo físico, la belleza, el trabajo, la alimentación, entre otros, cada vez más penetrados en los

cuerpos y subjetividades para homogenizar y universalizar una sociedad de consumo (Pedraz, 1997). Esto precisamente, se ha constituido bajo el paradigma de una identidad social aceptada, especialmente permeada por la idea transversal de la vida sana de los cuerpos.

De este modo, cuando los profesionales reconocen la existencia del cuidado en el cuerpo, se sustenta en que el sujeto es la posibilidad de existencia material y en esa medida el cuerpo subyace como frontera entre las dualidades de salud y enfermedad, es decir, entre lo sano – enfermo.

Por ello, el cuerpo por sí mismo es espacio y tiempo, lleva las marcas históricas de las identidades y experiencias subjetivas e intersubjetivas, es la sede del cuidado y como tal hace parte de la enfermería, la salud y del mundo. De ahí que, el cuerpo debe ser una preocupación de todos y todas, desde los elementos individuales hasta colectivos (Vélez & Vanegas, 2011, pág. 181).

A continuación, se definen tres tipos de cuerpo que es común encontrar en la relación enfermero/a – personas y son claves para comprender el lugar de enunciación del fenómeno en el problema.

**1.2.1.1.1. Cuerpo Cuidado.** Es el cuerpo cuya identidad es la de ser pacientes y se denomina como castrado y fragmentado, apelando a la debilidad, vulnerabilidad y manipulación, que pretende ser sujetado, dominado e intervenido y en esa medida es considerado como ignorante e incapaz de solventar sus necesidades y transformar sus realidades, en otras palabras, es un cuerpo expropiado de sus capacidades y potencialidades principalmente por el régimen del pensamiento biomédico. Así lo argumentan Sosa & Luna (2014) cuando afirman que:

El cuerpo se ha parcializado y convertido en objeto de diagnóstico, estudio, examen y experimentación según la medicina, porque el modelo médico se ha centrado en la alteración del cuerpo, los problemas físicos, sensoriales, intelectuales y psicológicos cuyo fin es curar o reducir el déficit. En esta situación, el cuerpo de una persona se convierte en un objeto- sujeto para el sistema de salud, pertenece al mundo médico, lo que hace que se vaya estudiando por partes (p.77)

**1.2.1.1.2. Cuerpo Cuidador.** La enfermera/o es visto como instrumento de cuidado, como el cuerpo que domina el cuidado, está cargado de una alta performatividad de su identidad, de discursos contradictorios, de dicotomías de origen cartesiano, además ha sido domesticado y disciplinado. Para Vinalay-Carrillo et al (2016) “al propio cuerpo de la enfermera se le atribuye el significado de ser instrumento de cuidado, el cual se ofrece porque existe un cuerpo: ese cuerpo que domina el cuidado”

Sin embargo, en el cuerpo cuidador también encontramos discursos alternativos, propuestas y desafíos que rompen la exclusividad de la racionalidad y materialidad, fijan su atención en las emociones, sensaciones, subjetividades y vivencias diversas que dan sentido a las experiencias y trayectorias de vida, cuidado y salud.

**1.2.1.1.3. Cuerpo Invisible.** Es descorporizado, es el sujeto que se despojó o lo despojaron de su capacidad de decisión y de su derecho de elección. Es aquel cuerpo que se hace importante para la epidemiología, la estadística y las listas de chequeo, los datos, la historia clínica y sirve de puente entre la moral y lo medicinal, aparece como patología o habitación, en muchos de los casos esta desprovisto de intimidad, de sentimientos, de miedos, de alegrías, de posibilidades y de diferencia, su condición de invisible lo hace inferior y esta cualidad no solo lo hace torpe sino una realidad oculta bajo parámetros modernos. Según Carlos Moreno (2006) “se asemeja al cuerpo como una máquina, funcional, sistemático, estructural, físico y mecánico en

donde las dicotomías de salud-enfermedad y cuerpo – mente se establecieron por la racionalidad material atribuyéndole a lo palpable como real” (p. 115).

Con lo anterior es importante, que en la investigación se puedan contemplar otras miradas como la que propone Vinalay, Torres & Vega (2016) cuando afirman que “el cuerpo del cuidador debe dejar de ser uno para transformarse en nosotros en el momento de otorgar cuidado, al establecer una relación de intercorporeidad en la que el cuerpo cuidado se convierte en sujeto del proceso de cuidar” (pág. 83) y donde la dimensión del vivenciar se extiende más allá de la materialidad biológica y el espacio físico.

Allí, donde la piel comienza a definirse como órgano, pero el contacto permite significar distinto, fundamentar el cuidado de la vida y la existencia de los involucrados, donde, el cuerpo y el cuidado son un todo y como unidad debe permitírseles un constante devenir.

**1.2.1.2. Cuerpo y la Perspectiva de Género en Enfermería.** La explicación médica al cuerpo humano que siguió viva en la Edad Media y que hoy nos parece simbólico para explicar cómo se va generando la negativización del cuerpo que llegaría hasta nosotros para revelar las diferencias del funcionamiento del cuerpo de mujeres y hombres. No es posible hablar del cuerpo y corporalidades de las mujeres y hombres, sin que esto conlleve un análisis desde el género, justamente porque en términos de Butler (2007) lo “femenino, ya no parece ser una noción estable, debido a que su significado es tan problemático y vago como el de mujer” (p.38).

Es necesario traer a colación la categoría de género, porque el género se inscribe en el cuerpo como una construcción social y para la investigación se vuelve importante para comprender los discursos corporales de la enfermería desde los cuerpos de hombres y mujeres. Para Scott (1996) se refiere a las construcciones culturales aceptadas sobre los roles apropiados

para mujeres y hombres que permean las identidades subjetivas de estos y se comporta como una “categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado” (pág. 7). Entonces, género se refiere a las desigualdades de poder entre mujeres y hombres, por medio de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas asignadas a las personas en forma diferenciada de acuerdo con el sexo, a través del lenguaje, el poder y las normas, que según Lacan se instalan en un orden simbólico.

El sistema sexo-género, en suma, es tanto una construcción sociocultural como un aparato semiótico, un sistema de representación que asigna significado (identidad, valor, prestigio, ubicación en la jerarquía social, etc.) a los individuos en la sociedad. Si las representaciones de género son posiciones sociales que conllevan diferentes significados, entonces, para alguien ser representado y representarse como varón o mujer implica asumir la totalidad de los efectos de esos significados (Lauretis, 1989).

El género se emplea para designar las relaciones sociales entre sexos basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género como una forma primaria de relaciones significantes de poder, que en términos de Butler (2009) citada por Guzmán (2018) la cultura y no la biología, se convierte en destino. El género entonces no es una verdad incuestionable e interna, es un fenómeno que se produce y reproduce constantemente. Así, decir que el género es performativo implica que nadie tiene un género dado desde el inicio, sino que éste se produce en la vida cotidiana, de forma repetida bajo estándares de lo que es ser y no ser hombre y mujer (Butler, 2009).

Dichas relaciones de poder se mantienen y se posibilitan dado que, la sanción social está marcada por una imposición de orden establecido alrededor de los imaginarios sociales fundamentados en el cuerpo a través de asignaciones positivas y negativas a cada género (masculino y femenino) en el campo social y laboral, tanto así que la enfermería se ha

caracterizado por ser una profesión mayoritariamente “femenina” precisamente por las características domésticas de tinte femenino atribuidas al cuidado.

Por consiguiente los hombres, a raíz del modelo hegemónico patriarcal, han tenido ciertos beneficios por su condición masculina y la virilidad física que emana de su cuerpo, es común encontrar por tradición que se acepte de manera natural que el hombre desempeñe el papel del médico y la mujer el de la enfermera, por lo tanto, las formas de clasificación que hemos expuesto se han podido experimentar con la realidad a través del orden social patriarcal que se ha naturalizado al punto de vivirlo como algo lógico y coherente (Hernández, 2011).

Pareciera que hablar de género incluyera los conceptos de sexualidad y sexo de manera implícita, debido a que, el género no es una propiedad de los cuerpos o algo originalmente existente en los seres humanos, sino el conjunto de efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales, en palabras de Foucault (1976) por el despliegue de una tecnología política compleja. La construcción del género es tanto el producto como el proceso de su representación.

Con la idea establecida socialmente sobre las mujeres hechas para el cuidado por su sexo y su constitución física, se comienza los estereotipos y la subordinación de la mujer en relación con el hombre, a partir de funciones de tipo social que marcan conductas en el área laboral frente a comportamientos, imaginarios, códigos adscritos a un determinado contexto y cultura para el reconocimiento de la profesión de enfermería a nivel social y gremial. El género ha influido tanto en el valor de los cuidados de enfermería que incluso hoy en día, el cuidado que presta un enfermero hombre es visto distinto, ya que según Arroyo et ál. (2011) es considerado un “*minimédico*” y con esto atribuyéndole a lo masculino mayor valor.

En definitiva, el sexo ha sido usado por la ciencia para establecer diferencias orgánicas entre hombres y mujeres, a partir de perspectivas de carácter androcéntrica, que legitiman relaciones sociales asimétricas de género.

Esto lleva a pensar en la subvaloración a labor de la enfermería y a la relegación del cuidado en las clasificaciones de profesiones y labores de mayor impacto en la gente, en efecto, el reconocimiento del ejercicio y función del enfermero y enfermera, se ve oculto por el desempeño de otras profesiones, pues el género se ha convertido en un criterio de evaluación científica con respecto a la profesión que lleva de forma implícita mecanismos de desigualdad e inequidades y la creación social de ideas sobre los roles apropiados de mujeres y hombres de la enfermería.

Estas inequidades a causa de los sistemas de género que condicionan el cuerpo de las mujeres han determinado que su cuerpo se asuma desde una categoría inferior por su rol de madre, enfermera, mujer, esposa, etc., y las connotaciones infravaloradas que caracterizan el cuidado como la sensibilidad, obediencia, pasividad, dulzura, que repercuten en dificultades y falta de oportunidades en la remuneración, condiciones de trabajo y el reconocimiento social. De igual forma el acto de cuidar ha estado relegado como secundario al rol de curar, a pesar de ser dos actividades complementarias.

Podemos decir que los cuerpos de enfermeras y enfermeros son asumidos de diferentes formas debido a su condición de sexo y los roles de género que envuelven la imagen de enfermería con el trabajo doméstico, considerada como una profesión “feminizada”, incluso la imagen sexualizada visible de la enfermera gracias a la industria pornográfica y el cine han hecho que se refuercen valores sociales negativos y prevalezcan actitudes que, según Corral, Cid & Núñez (2012) muestran:

(...) cómo se les confiere a los cuidados una categoría inferior, y se los aleja de lo “científico” para situarlo en lo “doméstico”. Esto ha sido propiciado por una visión sesgada, que históricamente ha categorizado y distribuido los roles sociales en “femeninos” y “masculinos”, asociando los segundos a una categoría superior o dominante” (p. 77).

El sistema hegemónico de sexo-género que ha definido la valoración del ser humano en términos de una tradición patriarcal, ha construido una masculinidad y feminidad simbólica arraigada a la cultural haciendo que se estructuren identidades y comportamiento que a la vez delimitan espacios sociales y asignan tipos de acciones que ejercerán de acuerdo con dicha clasificación.

Con respecto a lo anterior, es común ver que son minoría los hombres que optan por ser enfermeros y cómo el lenguaje a nivel gremial y social se imparte de forma femenina, como por ejemplo a denominar en discursos, libros, textos y documentos como “enfermeras” para referirse a los hombres enfermeros, enmarcadas en una organización y estructura insertada por la tradición y la herencia hegemónica (Pavez, 2013, p. 100).

En tal caso, el cuidado es el punto relacional de la enfermería con los estudios de género, ya sea desde aspectos como: notar la existencia de una necesidad, dar cuidado o recibirlo (Paperman, 2011). Por lo anterior, el cuidado es el fenómeno de análisis fundamental de la enfermería con perspectiva de género (Galindo & Herrera, 2017, p.186).

Por consiguiente, hablar de enfermería es hablar de mujer; debido a que la feminidad ha estado arraigada a prácticas humanas en relación con la salud, el cuidado, la crianza, el hogar. Los orígenes maternos del cuidado han perpetuado la idea de que la enfermería solo podría ser ejercida por mujeres debido a su “instinto maternal” y que los hombres por carecer de

esta cualidad fisiológica desempeñaban otras funciones (García et ál., 2004). De ahí que las jerarquías en salud generan subordinación que ha conllevado división de roles laborales y han permitido que la enfermería adquiriera habilidades médicas en el desarrollo de técnicas y procedimientos biomédicos, las cuales socialmente la han dotado de prestigio y reconocimiento por parte de la sociedad y el personal médico.

La importancia de reconocer la categoría de género dentro de los cuidados de enfermeros y enfermeras permite comprender el valor que hombres y mujeres desempeñan debido a labores asignadas por profesiones invisibilizadas, las formas como se reproducen las inequidades y violencias simbólicas, de donde surgen, como se asignan los roles y las relaciones en salud y el colectivo de enfermería. De modo tal que, el género permea el pensamiento y los cuidados de la enfermería.

Por supuesto, se hace necesario un análisis desde la perspectiva de género, donde se visibilicen aquellos cuidados ocultos y se reconozca la labor del cuidado, es decir “falta un modo de concebir la "realidad social" en términos de género que permitan decodificar el significado y comprender las complejas conexiones entre varias formas de interacción humana” (Scott, 1990). De acuerdo con Butler citada por Duque (2010) la performatividad del género es un elemento para “deconstruir las categorías sobre las que se funda el discurso de la normalidad y la moralidad, para llevar los debates sobre la sexualidad al terreno de la diversidad” (p. 27).

### **1.2.1.3. Sobre el Concepto de Cuidado**

**1.2.1.3.1. Breve Evolución Histórica del Concepto de Cuidado de Enfermería.** La evolución del concepto de cuidado que nos convoca ciertamente tiene una estrecha relación con el concepto histórico de salud-enfermedad, que ha permitido que dichas

relaciones marquen hitos, se transformen y nutran a través del tiempo los recorridos de la humanidad y los distintos actores involucrados.

Para ello, se tomarán como referente las cuatro etapas descritas por Collière (1993) en su libro *Promover la Vida*, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Estas cuatro etapas, no tienen límites temporales definidos, pero si corresponden con distintos periodos de la evolución sociocultural en el mundo occidental y con cuatro concepciones distintas de cuidado (Martínez & Chamorro, 2017).

**Figura 1.**

*Etapas del cuidado descritas por Collière (2003)*

<b>ETAPA DOMÉSTICA DEL CUIDADO</b>		<b>ETAPA VOCACIONAL DEL CUIDADO</b>	<b>ETAPA TÉCNICA</b>	<b>ETAPA PROFESIONAL</b>
Prehistoria	Civilizaciones antiguas	Edad media	Edad moderna	Edad contemporánea

La etapa domestica del cuidado se denominó bajo la concepción de “la salud como mantenimiento de la vida”. Con los primeros habitantes de la tierra se desconoce si el cuidado estaba presente más allá de un instinto de supervivencia en donde la caza y la transición de poblaciones nómadas a sedentarias y la necesidad de asociarse produjo enfermedades relacionadas con estas formas de vida, ya que en este periodo se combinaban diversas formas de cuidar, dando lugar con el tiempo a diferentes disciplinas.

Las primeras civilizaciones creían que la salud – enfermedad era un designio sobrenatural en forma de recompensa o castigo por las conductas humanas, luego el cuidado se encomendó a la persona que poseía poderes de tipo divino y espiritual, en donde la aparición de

creencias influyó en la forma como se impartían los cuidados. En este mismo periodo, se asigna a la mujer en cada hogar como la encargada del mantenimiento de la vida por medio de la higiene, la alimentación, la maternidad, las manos, la crianza, etc., que más tarde serían denominados como cuidados básicos; connotaciones que, a través de la fertilidad, la lactancia, la división del trabajo por sexo, permitió que las mujeres destinaran su tiempo al cuidado de heridos y enfermos, convirtiéndose en las primeras cuidadoras.

Surgen entonces, las connotaciones de hechicero y bruja por las consideraciones sobrenaturales de la enfermedad, en donde el hechicero adquiriría sus poderes y conocimientos para evitar, aliviar o curar enfermedades por medio de un antecesor, por el contrario, en la figura femenina sus conocimientos eran innatos e intangibles en donde las propiedades de las plantas y los elementos conjugaban saberes domésticos con los intuitivos o empíricos.

Fue hasta Hipócrates de Cos, quien rechazó las creencias del origen sobrenatural de la enfermedad e impulsó los métodos de diagnóstico y pronóstico basados en la racionalidad y la asistencia en salud que dependía en gran medida de la clase social del enfermo (Martín & Martínez, 2001).

Es así como la medicina parte de la herencia y legado de las mujeres como las primeras médicas, enfermeras y farmacólogas dotadas por naturaleza para ser parteras y enfermeras, más adelante sufrirían el despojo y apropiación de la ciencia masculina, en donde la medicina se convertiría en una ocupación reservada para varones, blancos y de clase alta con fines lucrativos (Ehrenreich & English, 1981).

La etapa vocacional surge ligada al nacimiento de la religión cristiana, por esto es entendida como la etapa en que “la salud tiene un valor religioso”, debido a que se consideró a la salud y enfermedad como designios de Dios, y donde quienes ejercían cuidado debían hacer voto

de obediencia y sumisión y enfocar el cuidado como la vía a la salvación. Los sacerdotes y médicos ocuparon el primer lugar jerárquico en la toma de decisiones concernientes a la salud y empieza a cobrar sentido la idea de la enfermedad como una gracia recibida y modo de redención, imitando la vida y el sufrimiento de Jesús.

El despliegue del cristianismo por el mundo y los conflictos bélicos, hicieron que surgieran cuidadores con características identitarias y se conformaran las congregaciones de cuidado con fines sociales compuesta por mujeres diaconisas, viudas y matronas. Las órdenes militares y hospitalarias en las Cruzadas cuya lucha era la defensa de la fe, en donde militares y guerreros con el desarrollo de la caballería, adoptaron elementos de obediencia, severidad y rangos superiores y los soldados de Cristo quienes eran militares de caridad, servicio al prójimo y fervor religioso, los cuales ponían una cruz roja en la cabeza o pecho, hoy en día el emblema de la organización internacional Cruz Roja (Quintero, 2001). Esta influencia heredó en la enfermería la idea de la importancia de los uniformes, la organización de los servicios y el transporte de heridos y enfermos

Con la llegada del mundo moderno y la aparición de la imprenta y con esto la producción de libros, se produce un despliegue intelectual y con esto aparecen los conocimientos de anatomía, fisiología y patología y técnicas en el cuidado de la salud como la disección, por lo tanto, comienza la clasificación de enfermedades por género (en el caso de las mujeres la neurosis o histerias), jerarquía social y condiciones de vida.

En La Etapa Técnica de los cuidados, surge la profesionalización de la enfermería en donde la salud cobra sentido en la lucha contra la enfermedad.

Razón por la cual, finalizada la Revolución Francesa se incrementó la natalidad y disminuyó la mortalidad infantil, con lo anterior el hito revolucionario del dinero como capital,

la ciencia tecnificada y la mano de obra, permitieron que los avances médicos desplegaran su potencial como resultado del desarrollo científico de la época, principalmente en ciencias físicas y biológicas que orientaron el objeto de las ciencias médicas a la búsqueda de la causa responsable de la enfermedad (causa-efecto). Además, la creciente industrialización, trajo como consecuencia problemas ambientales que generaron nuevas patologías antes desconocidas, tales como: enfermedades mentales, psicológicas y laborales. Así mismo, las luchas obreras y sociales de la época llevaron a considerar la salud como un derecho de todo trabajador, la creación de la seguridad social y la modernización de los hospitales. El concepto de medicina moderna - científica aparecería vinculado con la economía capitalista y creará la rama de la medicina social.

Tras los acontecimientos descritos anteriormente, en la etapa de la enfermería profesional surge la intención de profesionalizar la actividad de cuidar y establecer sistemas de cuidado diferentes, es así como Florence Nightingale, considerada como la precursora de la enfermería profesional por los aportes hechos sobre saneamiento, aislamientos e higiene de pabellones en hospitales durante la Guerra de Crimea y creadora del primer modelo conceptual de enfermería logrando transformar el concepto de la labor de cuidado orientado en el mejoramiento de las condiciones sanitarias e higiénicas con la reducción de la morbi-mortalidad (García-Martín, 2001). Fue conocida como “la dama de la lámpara” por su costumbre de realizar rondas nocturnas con una lámpara para atender a las personas, de ahí, la enfermería toma este elemento simbólico para comenzar a formar mujeres con los conocimientos para sanar enfermos y heridos.

Sus principales aportes son el cuerpo de conocimientos propios de la enfermería y la utilización de la estadística y la epidemiología para medir el grado de impacto de las acciones de

cuidado. Más adelante, con el propósito de aportar un mayor nivel formativo a los cuidadores, fue inspiración para iniciar la profesionalización y titulación de las primeras enfermeras.

Tras el logro de la profesionalización de la enfermería, la enfermería profesional se consolida como disciplina con un cuerpo de conocimientos propios y la responsabilidad de la atención en salud, bajo una metodología clara y racional del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos; enfermeros que permitieron vislumbrar entre otras cosas la autonomía de la enfermería, bajo la mirada del ser humano de forma holística que complejizaron el concepto de cuidado, las lógicas de la promoción de la salud y la atención de la enfermedad, factores que influyeron de manera determinada en la profesionalización del cuidado y por ende en el intento por comprender el acto de cuidado en la actualidad.

Se intentó desde las múltiples perspectivas, enfoques y rupturas, comprender la noción del cuidado, a partir de posturas anglosajonas y americanas (que constituyen la mayor parte de referencias al respecto) y posturas colombianas:

Para Florence Nightingale en 1854, pese a que no definió explícitamente el concepto, se infiere que para ella el cuidado tiene una relación con la higiene, la limpieza, la buena alimentación, el aislamiento y la ventilación, es decir, el cuidado como sinónimo de ambiente saludable y estilo de vida.

Por su parte, Virginia Henderson en 1955 con su Teoría de las necesidades humanas, propone una visión desde las Necesidades de los sujetos y da prioridad a las acciones y actividades que hacen las enfermeras, es decir, el cuidado de la salud se consigue satisfaciendo catorce (14) necesidades básicas relacionadas con la fisiología de la persona, seguridad, afecto y pertenencia y autorrealización, los cuales se deben realizar con base en un “plan de cuidado enfermero” por escrito (Cisneros, 2005).

Dorothea Orem, plantea una Teoría General de la enfermería, que a su vez está compuesta por la Teoría del cuidado, del déficit de autocuidado y de los sistemas de enfermería, donde el cuidado es definido en términos de “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”, quiere decir que cobra protagonismo la persona, quien tiene la capacidad para aprender y satisfacer su autocuidado, con el fin de mantener y agenciar su vida, salud y bienestar de manera continua dependiendo de sus necesidades (Fernández, s.f).

En este sentido, la misma autora clasifica los cuidados en universales, cuidados personales del desarrollo y cuidados personales de los trastornos de salud que contribuyeron a la comprensión de las formas cómo se logra la preservación del funcionamiento de la salud.

Sor Callista Roy, en 1976 a través del modelo de adaptación interpreta el fin del cuidado enfermero/a como la consecución de la capacidad de adaptación a través de la intervención, disminución o mantenimiento de los estímulos con el fin de que las personas fortalezcan los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación.

Hildegard Peplau en los años 50's (1954) se desempeñó principalmente en el campo de la psiquiatría, razón por la cual se le conoce por su teoría “Enfermería Psicodinámica” en la cual el cuidado se inscribe en un individuo enfermo que requiere de la ayuda tanto del profesional de enfermería como del mismo sistema de salud, pero centra el cuidado en las relaciones interpersonales en donde la enfermera cobra un papel importante en el proceso terapéutico a partir de los roles y la relación para y con la persona, es decir, la enfermera asume roles dependiendo de la situación y el vínculo que pueda entablar con el sujeto: suministradora de recursos, educadora, líder, sustituta, consejera o simplemente extraña.

Nola Pender en 1972, realiza una transición valiosa en reconocer el valor de la promoción de la salud como una forma de cuidado que favorezca la participación, acciones y empoderamiento de conductas destinadas al mantenimiento de la salud personal

En una línea similar, aparece aproximadamente en 1969 Myra Estrin Levine, quien definió el cuidado con base en el apoyo de mecanismos de adaptación para el funcionamiento de sus partes a partir de principios básicos como el mantenimiento de la energía, el mantenimiento de la integridad estructural, mantenimiento de la integridad personal y mantenimiento de la integridad social.

Bajo un enfoque orientado hacia la consecución de metas Imonege King en 1971, propone el cuidado como un proceso interpersonal desde la interacción de la enfermería con sus conocimientos y habilidades y el sujeto con las percepciones y expectativas, cobran sentido y se reflejan en los resultados de los objetivos planteados en la planeación de cuidados de enfermería.

Luego de la identificación de aspectos de tipo “integral” de cuidado y salud, en 1991 Ramona Mercer, enfoca sus conocimientos en la Maternidad en donde el cuidado es un proceso interactivo y evolutivo donde la madre a través del vínculo con su hijo/s, va adquiriendo competencias para satisfacer las necesidades. Entonces se empieza a ver los sistemas de apoyo como claves para la adopción del rol maternal, dentro de un proceso y cambio como la maternidad.

Por su parte, Leininger (1978) ya había definido el concepto de cuidado transcultural, estableciéndolo como: “aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana” (pág. 9). Los cuidados profesionales son definidos como: “aquellas acciones,

conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitiva y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad mantener o desarrollar condiciones saludables de vida” (pág. 9).

Para Leininger (1978) el cuidado es la base del cuidado profesional y lo profesional adquiere un componente más científico y contempla habilidades y destrezas del profesional de enfermería. Para la Autora, el cuidado es:

- El cuidado humano es un fenómeno universal
- El cuidado debe ser transcultural
- Es esencial para el desarrollo humano
- Tiene múltiples dimensiones
- Se debe tener en cuenta las creencias y prácticas de cuidado de los sujetos
- Los cuidados varían según la cultura y las estructuras sociales
- Curar y cuidar son procesos diferentes
- Los cuidados universales y cuidados populares permiten desarrollar el cuerpo de conocimientos de enfermería

Desde la noción Colombiana para María Mercedes Durán de Villalobos (1994), hablar de cuidado significa involucrar las actitudes, porque para dar cuidado se requiere aprender de unos elementos específicos y complejos, pues el cuidado en sí mismo es una vivencia única, tanto para quien lo recibe, como para quien lo brinda. “si de verdad quien cuida entiende el significado de

cuidar o cuidado, entenderá que nunca repetirá la experiencia de cuidar aun en circunstancias semejantes” (p.16).

Con las anteriores concepciones, podemos decir que el concepto de cuidado tiene tantas connotaciones que es difícil ceñirse a una sola perspectiva de sentido. Si bien, la enfermería ha dejado claro que su fenómeno de estudio es el cuidado en todos los contextos, formas y representaciones, su visión holística debe trascender la cosificación y la objetivación de las relaciones humanas generadas a partir del vínculo enfermera/o-persona, para lograr superar el reduccionismo biologicista del modelo hegemónico biomédico.

De ahí que, el concepto de Collière (2003) sea el más próximo a entender el verdadero valor del cuidado, pues la autora los define en plural porque no existe un solo cuidado o manera de cuidar, sino muchos y muchas, y a los cuidados los denomina como actos de vida liberadores que se apoyan en las capacidades existentes y tienen finalidad mantener a los seres humanos vivos y sanos con una constante interacción con el entorno y experiencias de salud que genere autonomía en cualquier proceso de salud – enfermedad.

Entonces, el cuidado como acto político, de resistencia y de construcción colectiva requiere un compromiso con la dignidad y la protección de la vida que debe trascender a un sentido emergente principalmente el interés o preocupación por el otro, que va nutriéndose con el tiempo y las circunstancias; de igual manera, la enfermería debe tomar como referente epistémico las Ciencias Humanas, las cuales posibilitan enfrentar desde una perspectiva holística y psicosocial la enfermedad, pues es en la interacción subjetiva donde a través del dialogo se construyen significaciones y sentidos alrededor del proceso de salud enfermedad y sea precisamente desde una actitud antropológica y no técnica, que el sujeto autónomo busque su bienestar y proyecto personal, algo muy similar a la propuesta por Heidegger del *Dasein*, es decir, dejar ser al sujeto.

Por lo anterior, el cuidado debe permitir tomar contacto o empatía con la otra persona, como proceso interactivo e interrelacionado que implica desarrollo de los sujetos involucrados. En efecto, su significado radica en el acto humano que denota. En palabras de Paterson y Zderad (1979), los elementos claves para cuidado son: el encuentro entre personas (sujeto-enfermera/o), una transformación intersubjetiva en un tiempo y espacio determinado y con una finalidad, donde dicho encuentro entre la persona enfermera/o y la persona sea una experiencia catalizadora para la reelaboración y reconstrucción del desarrollo humano.

**1.2.1.4. Conceptos Asociados al Cuidado.** Por su parte, entre los conceptos asociados al Cuidado, se encuentran el de Autocuidado, Cuidado de sí y el Cuidado Invisible.

**1.2.1.4.1. El Autocuidado.** Se define como: las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica, a través de las cuales se promueven conductas tendientes a preservar la salud y prevenir enfermedades. Ahora bien, si revisamos el significado dentro de la semántica, el autocuidado va encaminado a la modificación de conductas no saludables.

Desde otro punto de vista, es la forma como el Estado se ha ido desligando de su responsabilidad con los ciudadanos, delegando a manos de las mismas personas, aun cuando no hay condiciones para hacerlo, pues claramente las inequidades y desigualdades aparecen como obstáculos para lograr los objetivos. El autocuidado como proceso de responsabilidad individual, se ha impuesto bajo la lógica de la medicina sumamente eficaz, con un discurso instalado en la interacción salud-enfermedad, pues promueve e imposibilita a las personas afrontar sus propias debilidades humanas y su vulnerabilidad, haciendo que la asistencia médica decida sobre su vida y su salud.

De manera similar, autoras importantes de Teorías de enfermería como: Dorothea Orem lo definen como la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, o sea, es el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar (Orem, 1993).

**1.2.1.4.2. Cuidado de Sí.** Desde la perspectiva de Foucault, *el cuidado de sí* es el conjunto de prácticas mediante las cuales, el individuo genera una relación consigo mismo y en esta relación el individuo se construye como sujeto de sus propias acciones (Garcés & Giraldo, 2013). El cuidado de sí es una práctica permanente de toda la vida, que tiene como finalidad la libertad, dicho por el mismo autor “la libertad como condición ontológica de la ética”, que conlleva conocimiento de sí como condición inevitable, en donde se establece una relación con el cuidado de los otros “el cuidado de sí es ético en sí mismo; pero implica relaciones complejas con los otros” (Foucault, 1984, pág. 263).

Lo expresado por el autor, es que el cuidado del otro está implícito en el cuidado de sí, ya que este requiere de actos de reflexión y autoexamen sobre las conductas que adoptamos y comportamientos que expresamos, o sea, se debe cuidar de sí mismo cuidando de los otros. En el cuidado de sí no hay ejercicio de poder.

Por su parte, es necesario mencionar la noción de ‘cuidado de sí’ propuesta por Foucault en la ética del cuidado de sí como práctica de la libertad, porque es precisamente allí en donde se encuentran interesantes aportes para la comprensión de términos empleados de manera inconsciente en enfermería y en salud, como referentes en el lenguaje y discursos apropiados por los profesionales de estas áreas.

Si bien la preocupación de Foucault se ha centrado en los procesos de sujetación del sujeto, es decir, de cómo el sujeto se ha sujetado a sí mismo, que a través de verdades y discursos promovidos políticamente por instituciones ha ejercido poder en la producción de sujetos fijos, por medio de la medicina que ha estado vinculada a una economía capitalista que a su vez se apropia del cuerpo como una realidad biopolítica (Foucault, 1994)

El cuidado de sí surge como el arte de vivir, una continua reflexión por el reconocimiento propio y de la otredad, lo cual se traduciría en respetarle la dignidad y los derechos, aspectos que los profesionales de la salud deben tener en cuenta, como la bioética y el cuidado de sí y de los otros, ya que permiten recuperar el verdadero valor de la relación terapéutica entre sujeto y enfermería/o libre de excesos de técnica y despersonalización.

De este modo, la propuesta del concepto busca que el sujeto sea un individuo activo afectado por unos determinantes de gran peso como la cultura, la familia, la sociedad, lo biológico, y las relaciones de poder. En este sentido el cuidado de sí aparece como una condición pedagógica, ética y ontológica.

**1.2.1.4.3. El Cuidado Invisible.** La crítica que hace Horkheimer a la razón mutilada y a la razón instrumental ha vislumbrado una crisis contemporánea sobre los reduccionismos técnicos, materiales y humanos con fines de controlar la naturaleza humana (Martínez García, 2015) entre ellos la de las subjetividades y el cuerpo social que se extrapolan a ámbitos como la salud, la educación, la política, la sexualidad, entre otros.

Expuesto el anterior planteamiento, la creciente tecnologización de las sociedades ha llevado a la despersonalización y alienación de sujetos que reciben y dan cuidados bajo lógicas mecanicistas que abusan con el control del cuerpo y amenazan con “relegar” el origen de los

cuidados y prácticas culturales ancestrales, para imponer los tratamientos médico-biologicistas como única alternativa de cuidado, a tal punto de medicalizar la vida (Foucault, 1966).

Según Cano (2004) “el cuidado es una tarea invisible, incluso más invisible que las tareas domésticas, aunque posea una importancia social, un considerable valor económico y unas implicaciones políticas relevantes” (p.34). Es así como el modelo biomédico reduce el cuerpo a una patología y oculta las subjetividades de las personas en signos vitales, medicamentos, procedimientos asistenciales, léxico médico, terapias, etc.

El cuadro clínico logra prevalecer a toda costa al sentido de vivencia, para Medina & Sandín (2006) “la medicina ha reducido la vida humana a desarreglo biofisiológico y cada uno de los avatares de la vida en signos que acaban por no tener valor más que en el discurso y monólogo cerrado de la medicina consigo misma” (p.315-16)

Precisamente, la idea sobre medicalización de la vida que hablan autores como Foucault e Illich, donde se expropia la autonomía de las personas y se niega la posibilidad de afrontar las debilidades propias de ser humano, han hecho creer que la asistencia médica lo tiene todo bajo control y es la salvación de las cadenas de la enfermedad.

Conuerdo con Murguía et al. (2016) Quienes afirman que la medicalización ha implicado elaboración de normas, discursos y prácticas cada vez más amplios de la vida (p.636), esa intromisión de la medicina se ha convertido en un poderoso discurso sobre la vida, la muerte, el bienestar, la belleza, etc., un poderoso engranaje de capitalismo y desigualdad, impulsado por diferentes actores y principalmente los profesionales de salud.

En lo posible, se debería empezar a cuestionarse si ¿la práctica de Enfermería es la aplicación de métodos científicos destinado a solucionar los problemas ocasionados por las enfermedades y comportamiento humano? ¿Y si realmente el conocimiento biomédico es el que

nos corresponde apropiarlo o es en otro lado donde tenemos que buscar para darle otro sentido al cuidado?

#### **1.2.1.5. El Cuidado Alternativo, un Nuevo Horizonte para la Profesión.**

El desarrollo histórico ha permitido consolidar un cuerpo propio de conocimientos con bases científicas que orientan a los enfermeros y enfermeras en su ejercicio de cuidado en cada uno de los ámbitos de actuación: clínico, comunitario, investigación, docencia, etc., aparece entonces, los modelos y/o teorías de cuidado que dan solidez científica a la enfermería y que en concordancia con García et al (2011) ayudan a comprender, aclarar, y evaluar las acciones de enfermería en los actos de cuidado o desempeño profesional. Sin embargo, aún permanece la preocupación porque, si bien estos modelos y teorías permiten dar estructura en el campo científico, muchas veces no alcanzan a encajar de manera adecuada a los contextos Latinoamericanos y no contemplan determinantes sociales, debido a las diferencias culturales, cosmovisiones, concepciones, significados que puedan tener las comunidades alrededor de la salud, el cuidado, la enfermedad, el bienestar (p.78).

Debido a lo anterior, se hace necesario desde la profesión empezar a girar al cuidado como acto de vida liberador y de autonomía, en donde la reivindicación de las subjetividades y los diálogos horizontales basados en el respeto y la empatía sirvan para construir puentes que conciben el cuidado holístico y alternativo como el horizonte de los enfermeros y enfermeras para generar aportes a los escenarios sociales y educativos en el país.

De ahí que, el cuidado como acto emancipador requiere de un compromiso a nivel científico, filosófico y moral, puesto que, cuidar lleva implícito la dignidad y la protección de la vida que según Marriner & Raile (2002), debe sustentarse en la práctica y conocimiento de la enfermera y enfermero, pero también en el conocimiento y cultura de la persona que recibe el

acto de cuidado, porque es precisamente en esa conjugación donde trasciende y es capaz de orientar la profesión.

**1.2.1.6. Sobre el Discurso de Enfermería ¿La Herencia de Nightingale?** Antes de aproximarnos a los discursos de cuerpo y cuidado en enfermería, es importante precisar qué se entenderá por Discurso en el marco de esta investigación. Retomando el concepto de Foucault (1970), el discurso es ejercicio, fuerza y acción que funciona como:

(...) una realidad material de algo pronunciado o escrito en una sociedad. La producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por procedimientos que tiene por función conjurar poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad, en donde la misma sociedad realiza procedimientos de exclusión a este a través de estrategias de tabú, prohibición, locura y voluntad de verdad (p.14).

Desde el planteamiento del autor, el discurso no es solo lo transmitido por el lenguaje sino también las prácticas y procesos sociales que tienen lugar en instituciones sanitarias y académicas que moldean los significados y cuerpos de las personas.

Para Foucault (1970), los discursos “no se refieren a objetos, no identifican objetos; los construyen y al hacerlo ocultan su propia invención” (p.51). Es decir, la fuerza social de ciertos saberes no depende solamente de su valor de verdad, sino que se halla influida por la posición social e institucional de quien los formula. Los discursos tienden a producir aquello que designan (Medina, 1999, p.21).

Por su parte, Caregnato & Mutti (2006) reflexionan sobre la importancia del discurso en la construcción de la vida social, especialmente en la forma como el conocimiento produce poder y relaciones de poder. El sujeto internaliza de forma inconsciente el conocimiento de

construcción colectiva, lo apropia, lo reproduce y es representante de ese sentido, es decir, todo lo dicho es ideológicamente marcado (p.681) y se hace visible con el sentido que le da el sujeto.

Así mismo, el lenguaje también ayuda a construir las concepciones del mundo y la realidad. Es decir, los términos, las frases y el lenguaje que usamos para describir la realidad, las cosas y las personas, organizan nuestra estructura interpretativa de las mismas (Bengoechea, 2002).

Los discursos reproducen los mensajes, tradicionalmente ligados a la expresión de pensamientos, sentimientos y percepciones, pues parten de las elecciones que hace el hablante para recrear un suceso del habla, ya sea a través de palabras ajenas o propias en las que se mantiene el sistema original del hablante, por lo que, la reproducción del discurso es una reproducción literal de otro discurso; aunque en realidad no pueda serlo (Ezquerria, 2002)

Existen dos maneras de hacerlo según Pomer (2004), el estilo directo en la que la persona adopta la perspectiva del hablante original y el estilo indirecto donde el discurso sufre cambio o transformaciones, pues el agente reproductor adapta el discurso a las situaciones específicas. A lo anterior se le denomina también, como Giro Discursivo o Lingüístico. Por tal motivo, el mundo se entiende como efecto del lenguaje y la realidad un efecto del discurso. Esto es, el lenguaje además de describir las cosas que vemos, también actúa y performa la realidad en la que vivimos y el yo en el que nos constituimos.

Ahora bien, cada discurso contiene unos significados, que de acuerdo con Bonantini et al. (2007), se definen como estructuras de comprensión y producción de nuestro pensamiento que devienen de reconocer a la sociedad como institución que encarna en significaciones. Para Castoriadis (2004) la institución remite a un conjunto de herramientas, del lenguaje, de las

normas, los valores, etc., que “vehiculizan los símbolos” y funcionan como contenedores originarios de los objetos simbólicos, reales y racionales.

Por su parte, las significaciones son un entretejido de sentidos que penetran la vida social, orientan y dirigen su desarrollo. Casi siempre se las denomina imaginarias porque no tienen un carácter racional, es decir, una construcción lógica o no derivan de las cosas. Por el contrario, son parte de lo que se denomina el imaginario social que es el que conforma los diferentes modos de actuar en sociedad y que por ello tiene carácter de instituyente que es una expresión de la imaginación radical que poseen los sujetos. No siempre tienen un carácter explícito y dan lugar a las representaciones, modalidades afectivas y acciones que circulan en la sociedad (Bonantini et al citando a Franco 2003, p. 44). En las significaciones se afirma que, la construcción del conocimiento es un hecho que se hace socialmente.

En la comprensión del discurso de enfermería, aparecen grandes alusiones del saber biomédico, con elementos hegemónicos sociales e históricos que contribuyen a producir realidades unitarias que han permeado la práctica e incluso la identidad de enfermería. De igual forma, las representaciones que se le han asignado a los saberes de tipo biomédico van a determinar los modos en que se comprenden y significan los conceptos de salud, enfermedad, persona, cuerpo y cuidado. En esa medida, son los profesionales los que permiten dar valor a esos elementos hegemónicos y al saber según la posición social que ocupan en el mundo.

Desde Nightingale hasta la época actual, las transformaciones alrededor del discurso han inscrito estrategias de asistencialismo, caridad, obediencia y disciplina, que han migrado hasta los ámbitos sociales, laborales y académicos, configurando un sujeto de enfermería establecido para cumplir unas funciones asignadas.

Por otro lado, las relaciones de poder cimentaron bases fuertes y estructuras alrededor del cuerpo de la mujer enfermera y su relación natural con elementos afectivos, emotivos, maternales y a su corazón más que a su intelecto, contribuyendo a la legitimación de etiquetas como “la enfermera es formada para servir al prójimo”, y en donde su enfoque formativo buscaba adquirir habilidades técnicas y manuales destinadas a la rapidez, limpieza, puntualidad, pulcritud, etc., las cuales debían desempeñarse bajo órdenes estrictamente médicas, siendo el médico la imagen de autoridad suprema en el ejercicio del acto de cuidado y la construcción discursiva (Miró, 2008).

Al mismo tiempo, la relegación bajo la sombra del médico permitió que el enfermero/a y a la vez su discurso se situara en un ámbito privado y su presencia fuese oculta por el prestigio y reconocimiento social del médico, sumado a esto el carácter de tipo vocacional impregnado del tinte religioso heredado, conllevó a establecer la profesión como un saber menor y mecánico, que en su mayoría ha estado subyugado por el saber biomédico y científico.

No obstante, la enfermería ha tenido que recurrir al discurso biomédico para obtener reconocimiento y valor de su labor, puesto que a medida que se iban aproximando a la medicina, cada vez su reconocimiento incrementaba. Razón por la cual, su mirada holística se redujo a la parte biológica y técnica, en congruencia al nivel del profesional médico.

En esa medida, todo lo que se configura y legitima en el cuerpo, tiende a reproducirse de manera sistemática a través del discurso y dar sentido a la práctica y la labor. Si bien las implicaciones que han generado los procesos de disciplinamiento en la profesión, han marcado un hito en la concepción de la enfermería como el puente e intermediario de la relación médico – sujeto y que por lo tanto, adquiere elementos del discurso médico, para ser interprete de las ordenes médicas, su discurso se ve eclipsado por el elemento médico, casi al punto de desaparecer, no existe, se refleja en la ausencia y la falta de importancia que se le asigna a sus

notas de enfermería, el proceso de enfermería, el cuidado de enfermería, en relación con su interpretación y a su conocimiento acerca del sujeto que cuida. En otras palabras, es un discurso acomodado y modelado a las necesidades y opiniones de otros. A partir de esto, el análisis de los discursos considera al lenguaje como una forma de práctica social y un hecho social, de ahí que al utilizar autores como Foucault y Van Dijk, se pueda inferir que la construcción de la realidad es inseparable del sistema semántico y de las estructuras gramaticales que se hallan en dicha realidad, ya que el lenguaje subyace como interpretación intersubjetiva de la experiencia compartida en el contexto para la producción y comprensión del discurso. De igual forma, para Van Dijk (2000) el discurso es un evento comunicativo complejo que involucra diversos actores sociales, que intervienen en un acto comunicativo, en una situación específica (tiempo, lugar y circunstancias) y determinados por características del contexto. Esta definición tal vez se acerque a la intención investigativa que propone esta investigación al no restringir los análisis de los significados que se entienden van más allá de las estructuras gramaticales.

**1.2.1.7. ¿Discursos Sobre el Cuidado o de Cuidado?** Para Londoño & Frías (2011) citando a Fairclough (1989, p.15) “la lengua conecta con lo social por ser el dominio primario de la de la ideología, en donde el discurso cumple un papel importante en el proceso de su reproducción” (p.5). Dando lugar a creencias aceptadas y compartidas que forman parte de tejidos sociales que dan forma a la realidad social y cultural. En este sentido para Foucault el saber es una experiencia social que se reconstruye a partir de la descripción, la visibilidad y la enunciación discursiva desde el exterior. En palabras del Autor:

No cuestiono los discursos sobre aquello que, silenciosamente, manifiestan, sino sobre el hecho y las condiciones de su manifiesta aparición. No los cuestiono acerca de los contenidos que pueden encerrar sino sobre las transformaciones que han realizado. No los interrogo sobre el sentido que permanece en ellos a modo de origen perpetuo, sino

sobre el terreno en el que coexisten, permanecen y desaparecen. Se trata de un análisis de los discursos en la dimensión de su exterioridad (Foucault, 1969, p. 58).

Contrario, para Van Dijk (2002), la ciencia y especialmente el discurso académico son parte de la estructura social y por lo tanto se reproducen en la interacción social, es decir, es una forma de acción social, que a través de la manipulación y la persuasión de los textos y los contextos controla las mentes y consecuentemente, las acciones, en donde los miembros de grupos e instituciones poderosas toman control y disponen de manera exclusiva del discurso público y privado, contribuyendo a que perpetúen la desigualdad social (p.27-29).

Dicho desequilibrio social, se instala por medio de la memoria social o en otras ocasiones denominado representaciones sociales, en las que se comparte ideas y creencias colectivas enseñadas por el discurso pedagógico principalmente.

Si bien, existen unas similitudes y diferencias entre los autores en mención, se puede comprender que los lugares de enunciación confluyen en un interés por las realidades sociales construidas a partir del discurso, puesto que, el discurso tiene como papel la práctica pluridimensional como producto sociocomunicativo que estructura y construye formas de saber individual y colectivo (Londoño & Frías, 2011). Es decir, que se puede en esta investigación aproximarnos en el cómo se expresan y reproducen las ideologías y significaciones del discurso desde el análisis de contenido y discurso y recurrir a Foucault como opción de análisis de la realidad como propuesta contrahegemónica y postestructuralista.

Desde el punto de vista anterior, el discurso enseñado ¿sobre cuidado o de cuidado? es algo que llama la atención en la enfermería porque ha tensionado e incluso contradicho los aspectos más humanos de las personas para alojarse en lo rutinario y mecánico, habitualmente producto de las instituciones laborales, que contribuyen también a perpetuar las inequidades de

tipo salarial, carga laboral, condiciones de trabajo inestable, cansancio y falta de motivación de los enfermeros y enfermeras. Siendo un determinante directo en las formas como hoy por hoy se visibilizan e identifican los enfermeros/as y la construcción de cuidados otros.

Como se puede evidenciar, el discurso en enfermería lleva una carga inmensa de género, de cuerpo, de empatía, de vestimenta, de comportamientos, además de caracterizarse por ser principalmente técnico y privilegiar la dimensión biológica, el saber biomédico y la enfermedad. Sin embargo, trasladar la imagen social de la enfermería del ámbito clínico y asistencial a otros campos ha estado opacado por conductas, actitudes, etiquetas y categorías sociales, políticas y económicas que han hecho que se invisibilicen los discursos o que permanezcan silenciados.

Si bien los discursos configuran las formas como experimentamos nuestros cuerpos y a nosotros mismos, se presentan como un sistema coherente de significados, los cuales no son estáticos y cambian, se hace necesario empezar a plantear discursos emergentes que logren acabar con los elementos de sumisión e inferioridad y transformen las relaciones de poder disciplinarias en oportunidades y posibilidades horizontales; en donde se reconozca la labor de la enfermería como fundamental en el cuidado y la reparación del mundo actual, para romper con la idea de “*somos como somos*” de la construcción histórica y social, sino por el contrario, se reconozcan la voz propia y consciente de los profesionales.

Además, los discursos en enfermería han sido responsables de los procesos de fragmentación del sujeto en el ejercicio profesional y principalmente en el acto de cuidado, se han establecido a través de discursos de tipo hegemónico en varias categorías como lo plantea Miró (2008) en su tesis doctoral: discursos de género, discursos técnicos y subyugados, discursos médicos, biológicos, discursos invisibilizados y discursos emergentes y divergentes.

De tal forma que a partir de la construcción discursiva desentrañar cómo el discurso se convierte en productor de un cuerpo homogenizado y de prácticas hegemónicas que dan valor y sentido a la formación profesional. Es decir, el discurso cobra relevancia a tal punto de ser un instrumento de poder, que construye enfermeros y enfermeras a partir de la transmisión de saberes y prácticas en el ámbito académico y cotidiano.

**1.2.1.8. Discurso en el Cuidado, Un Compromiso Educativo.** Pensar el discurso en el cuidado del ser humano es pensar también en la subjetividad y en la singularidad. De allí radica la preocupación por la división y reducción que se hace del sujeto en el acto de cuidar o que se pretende hacer en las concepciones actuales de cuidado, según García et al. (2011) “el sujeto no es una sustancia universal sino un resultado de un dispositivo cuyo horizonte epocal le establece los límites y las condiciones de posibilidad para su expresión” (pág. 11)

De modo que, el discurso también construye subjetividad en el tiempo y en diversos contextos. El entramado de cuerpo, cuidado y enfermería no son un todo ni una unidad, sino por el contrario, son dispositivos que se despliegan con unas intenciones para permitirnos comprendernos desde otras miradas y para intentar reparar y transformar el mundo.

Si bien los discursos se tejen a partir de procesos de interacción social, para dar sentido a las cosas, está claro que el espacio académico se convierte en un perpetuador de aquellos discursos, en el que el cuidado es un concepto enseñado compuesto por saberes cotidianos, referentes teóricos, conocimientos científicos que determinan una manera de ser, pensar y actuar de los enfermeros y enfermeras. Por lo tanto:

El discurso educativo es el responsable de la propia realidad y de la construcción de conocimientos compartidos en el aula, y su desarrollo está determinado por el contexto y la continuidad; entendiendo el primero como la situación, la actividad y el contexto

físico, y a la continuidad como la relación entre el diálogo, los gestos, las actividades y las situaciones (Ignacio, 2005, p. 58).

Simultáneamente, el discurso de las prácticas de cuidar se da a medida que docentes y alumnos construyen mecanismos de interacción a través de la comunicación, permitiendo diferentes comprensiones del cuidado, aunque en la cotidianidad estos discursos se encuentren desconectados de las acciones y la teoría.

El término de enseñar que repercute en el proceso de aprendizaje formativo profesional lleva un detonante de intencionalidad bastante implícito en el contexto universitario en la formación de enfermeras y enfermeras. Es precisamente en las aulas, en los hospitales y clínicas donde se pierde el horizonte relacional del cuidado, en gran medida por los mecanismos dominantes que se acentuaron en la relación docente - estudiante, sistema de salud - estudiantes y sistema educativo-sistema de salud, que llevaron a la estandarización pedagógica, a la rutinización del cuidado y a la ampliación de las brechas de conocimiento y práctica.

En concordancia con Soto & Violante (2008) citando a Gerstenhaber (2004) quien afirma que educar y cuidar son términos inseparables: “debemos educar mientras cuidamos y cuidar mientras educamos” (p.69) precisamente pensarnos desde la idea de la multidimensionalidad de lo sistémico ha sido difícil. Sin embargo, surgen esfuerzos para intentar darle movimiento y vida a un concepto puramente mecanicista, o sea, que la transformación del acto y la reconstrucción del cuidado son las líneas de fuga a un modelo concebido desde la objetividad, para brindarle subjetividad y haciéndolo más cercano a las realidades sociales, que contribuyan a la construcción de compromisos con la vida.

**1.2.1.9. El Discurso Normativo.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar, físico, mental y social”. Es por lo que el cuerpo

y el cuidado se asocian al mantenimiento de la vida a través de un estilo de vida saludable con factores como alimentación, ejercicio físico, trabajo, medio ambiente, actividad social y prevención de la salud. Esta definición hace referencia al cuerpo como un elemento indispensable para la consecución de hábitos saludables y la prevención de enfermedades. A su vez, los cuidados se definen como la posibilidad de proporcionar un tratamiento seguro, eficaz y de calidad que protejan la salud de las personas. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020)

De manera más explícita, la OMS precisa los cuidados paliativos como “aquellos que mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas directos de una enfermedad mortal, aliviando el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y tratamiento enfocado al dolor y otros aspectos de orden físico, psicosocial o espiritual” (OMS, 2020)

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud reconoce que el cuidado es mucho más que la atención médica reparadora, va más allá de las percepciones de apariencias de “buena y mala salud”. Esta apreciación de cuidado supone una relación horizontal y simétrica donde todos saben o deben saber algo, y todos, tienen responsabilidades y deberes. En el cuidado es absurdo separar lo promocional, preventivo, reparador, rehabilitación y lo individual de lo social (Organización Panamericana de la Salud [PAHO], 2020).

Además, esta organización, igualmente define el autocuidado como “todas las medidas y decisiones que adopta una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su propia enfermedad desde su propio saber”, es decir, la capacidad de las personas de decidir sobre mantener y mejorar la salud y utilizar tanto los sistemas formales como informales de salud (PAHO, 2020).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social se refiere al cuidado como el conjunto de capacidades, decisiones y acciones que las personas, familias y comunidades, así como el sector salud, otros sectores y otros actores territoriales, implementan para proteger la salud y la vida, de modo que se orienten a conseguir los resultados en salud definidos por el MSPS, generar autonomía (agencia) personal y construir capital social (tejido social) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 38)

En la misma línea, la Resolución 3280 de 2018, en sus lineamientos técnicos y operativos para la atención integral en salud para la población materno perinatal, reconoce en los niños y niñas de 3 a 5 años la importancia del “reconocimiento del cuerpo y la apropiación de mensajes claves para el cuidado de sí mismo y su privacidad”, a su vez la realización de rutinas y hábitos de cuidado del cuerpo que permitan el autoconcepto y una sana sexualidad. Con respecto al cuidado, se describe como el desarrollo de capacidades, habilidades y prácticas de las personas, familias y las comunidades para el mantenimiento de la salud y el potenciamiento de su desarrollo por medio de la protección de los entornos y la gestión del riesgo de las poblaciones.

De manera más local, la Secretaria de Salud de Boyacá (2020), define el cuidado en términos de actividades de rutina diaria que buscan armonización consigo mismo, el entorno y las personas con quienes se relaciona. Se evidencia que las significaciones de cuidado están ligadas no solo al cuerpo sino también dan prioridad a la esfera mental y social, en donde se hace necesario “el reconocimiento de las diferencias, la empatía y el estrechamiento del vínculo afectivo” (Secretaria de Salud de Boyacá, 2020). Debido a que la ausencia del cuidado mental puede afectar las maneras como se piensa, siente y actúa el cuerpo, alterando el cuidado personal, en especial en épocas de crisis sanitarias como la que se vivencia actualmente por la pandemia de COVID-19.

La UPTC y la Escuela de Enfermería, definen en el Plan Académico Educativo al cuidado como: “una relación intersubjetiva, de gran magnitud y llena de singularidad, diversidad, complejidad y humanización entre la enfermera y el usuario. Ello significa pensar y actuar de forma relacional e integral, donde uno de los componentes es el autocuidado” (Escuela de Enfermería UPTC, 2010)

Sin embargo, el concepto de cuerpo no aparece de manera clara en los documentos institucionales de la universidad y la escuela, pero parece ser que existe una intención de asimilar el concepto de cuerpo en términos del ser; debido a que la enfermería se ha fundamentado en los elementos conceptuales propios del quehacer y el conocimiento en donde la definición de ser humano, hombre o cuerpo parece ser el mismo, y es definido en términos del “complejo, único, en constante transformación y en búsqueda de la trascendencia. Por lo tanto, su esencia histórico-cultural, sus valores, sus necesidades, sus carencias individuales y sociales determinan su sentir, pensar, sus actitudes y comportamientos en relación con el otro” (Escuela de Enfermería UPTC, 2014).

Las anteriores enunciaciones, suscitan algunas relaciones y contradicciones que permiten comprender que la categoría de cuidado, al ser transversal en los procesos de salud y enfermedad emerge de manera más clara y precisa, pues toma relevancia en la medida en que se determina como el proceso que permite a los sujetos, comunidades, instituciones, poblaciones generar acciones que contribuyan al mejoramiento de su salud, la prevención de la enfermedad y el equilibrio del bienestar físico y mental,

En sentido opuesto, no se evidencia de manera tácita y definida el concepto de cuerpo en dichos organismos o instituciones que son referentes en esta investigación para entender el origen normativo de las significaciones del término. Se infiere que el cuerpo aparece incluido de manera unísona en el concepto de persona o ser humano, y su esencia radica en acciones que se

deben tomar para el cuidado del cuerpo en el que se instala la salud, como aquel estado que permite el desarrollo y la posibilidad de participar relacionamente. Claramente la salud prevalece por encima del cuerpo, es decir, los cuidados son mecanismos y/o actividades que se realizan para el mantenimiento de la salud que se instala en el cuerpo.

Se evidencia también que, se define la forma como el cuidado se establece de manera normativa a través de los organismos que orientan de alguna manera los discursos y el saber de los profesionales en su práctica, o sea que, controla de alguna manera las formas como se cuida, como se entiende y se comprende el cuerpo o la persona y el cuidado.

También se visualizan otras posibilidades de comprender el cuerpo y el cuidado de la salud, de manera más integral y relacional, que apertura la mirada al sujeto autónomo y libre de decidir sobre su cuerpo mediado por la cultura y la historia, en donde lo individual se encuentra permeado por lo colectivo y social. Entonces, no se reduce únicamente a materialidad, sino que en él confluyen muchos elementos de tipo social, político, económico, biológico y el cuidado trasciende de la relación terapéutica-asistencial.

**CAPÍTULO 2.**  
**Trazado Metodológico**

El proceso que hizo posible definir el diseño y trazado metodológico de esta investigación tuvo en cuenta los siguientes criterios: los objetos de estudio de las ciencias sociales se han ampliado y las fronteras entre las disciplinas tienden a desvanecerse. Por ende, los dispositivos de investigación usados y reinventados por las prácticas de los investigadores han reevaluado la idea de un método homogéneo de investigación lo que ayudó a establecer el panorama de posibilidades del problema en diversas tensiones mencionadas anteriormente. Así mismo, a considerar el empleo de ciertas herramientas y técnicas como apoyos al servicio de la construcción plural de los distintos órdenes del discurso más que aplicarlas como “un arsenal técnico aséptico que debe ser usado de acuerdo a los problemas, fuentes y disponibilidad de información” (Herrera 2013, p.4).

En relación con lo anterior, se tuvo en cuenta el estándar de oro que plantea Patton (2006), citado por Gürtler y Günter (2007). Este consiste en tener presente la adecuación metodológica antes que la ortodoxia metodológica. Adecuación metodológica, refiere Patton, significa que se debería evaluar el diseño investigativo en razón al grado en que proporciona respuestas a la pregunta de investigación actual y no el método delante de la pregunta y que el tema real pierda importancia. Por lo tanto, las decisiones sobre los métodos de estudio aquí presentados no determinaron los propósitos y condiciones del estudio, sino por el contrario, se fue avanzando por vínculos, repeticiones e interacciones de las fases propuestas. En consecuencia, la pregunta por las recurrencias y significaciones del discurso en torno al cuerpo y al cuidado de la salud, de los docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, significó el punto de partida para describir los interrogantes y el contexto de este estudio.

## **2.1. Enfoque Metodológico**

La presente investigación se llevó a cabo bajo la perspectiva cualitativa puesto que permite una mejor comprensión y aproximación sistemática y subjetiva acerca de las consideraciones que sobre el cuidado y el cuerpo reiteran los docentes de la Escuela de Enfermería de la UPTC, en su ejercicio pedagógico, y que tiene una incidencia sobre los futuros profesionales de enfermería. Según Bonilla y Rodríguez (2005):

Intenta hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva. Es decir, a partir de los conocimientos que tienen las diferentes personas involucradas en ellas y no deductivamente, con base en hipótesis formuladas por el investigador externo. Esto supone que los individuos interactúan con los otros miembros de su contexto social compartiendo el significado y el conocimiento que tienen de sí mismos y de su realidad (p. 119).

El análisis cualitativo busca conocer el significado que está inmerso en la trama tejida en el texto o discurso de los sujetos participantes. Los datos son vistos como “sentidos manifiestos que son interrogados para de-construirlos (respecto de la interpretación), y para someterlos a la aplicación de una estructura unitaria (analítica) que permite distinguir sus componentes (respecto de la síntesis)” (Echeverría, 2005, p. 6).

De otra parte, se optó por el diseño cualitativo en tanto posibilitó la inmersión del investigador en la vida cotidiana de lo indagado; concibió la investigación como un proceso participativo entre el investigador y el investigado; y es esencialmente descriptivo, pues dependió de las palabras y los acercamientos a los docentes en este caso como fuente de datos primarios (Marshall & Rossman, 1989; Strauss & Corbin, 1990) y los escritos producidos por ellos tanto a nivel personal como institucional acerca de las categorías aquí estudiadas como fuentes secundarias. También incluye en una fase del análisis el uso de datos cuantitativos, incluidos

con la intención de contar con algunos elementos de base que permitieron confrontar cierto tipo de información en la interpretación.

## **2.2. Contexto**

El lugar donde se desarrolla la investigación es la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, ubicada en la ciudad de Tunja, capital del departamento de Boyacá. Se escogió este lugar porque fue la institución donde el investigador se formó como enfermero y donde laboró como docente ocasional de medio tiempo en el último año. La intención de aquel lugar surge por el interés de evidenciar elementos del discurso y la práctica que puede transformarse en la profesión si se realizan reflexiones pedagógicas y se comprenden la diversidad de experiencias, formas de cuidado y sujetos que se constituyen en un programa académico en ciencias de la salud.

El programa de enfermería fue creado hace 47 años y es pionero en la formación de profesionales de enfermería en la región centro oriental del país. Ha graduado más de 1000 profesionales que se desempeñan en diferentes ámbitos a nivel regional, nacional e internacional. Su planta docente está compuesta por alrededor de 49 docentes, de los cuales 24 son del área disciplinar, 15 del área de profundización y 10 de la interdisciplinar. Distribuidos en diversas asignaturas del plan de estudios con diferentes tipos de vinculación y dedicación académica, que contribuyen a que enfermeros y enfermeras en formación, adquieran conocimientos y habilidades para desempeñarse en los diferentes ámbitos laborales del ejercicio de enfermería como clínico, comunitario, administrativo y docencia.

## **2.3. El Método de Análisis**

Se implementaron los elementos del análisis de contenido, haciendo énfasis en la codificación abierta de tipo semántico y la categorización axial de cuatro corpus elegidos (documentos institucionales, programas radiales, artículos científicos y entrevistas) que

abarcaron el mayor número de datos que evidenciaron discursos de los docentes tanto escritos como orales.

Cabe recordar que el análisis de contenido, es parte de los análisis textuales. En este sentido se indica que el contenido de un texto no estaría en el mismo texto, sino que en un plano distinto en relación con el cual el texto se define, y así revela su sentido (Echavarría 2005 citando a Díaz y Navarro, 1995).

De acuerdo con Lupicinio (2003 consultado por Barrero et al 2011) se suele llamar análisis de contenido, al conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos, tales como (mensajes, textos o discursos) que se originan de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías), los cuales tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior.

Abela (s/f) plantea que el análisis de contenido se encuentra en la frontera de otras técnicas como el análisis lingüístico, el análisis documental, textual, de discurso y semiótico.

La primera diferencia entre el análisis de contenido y el textual se basa fundamentalmente en que el análisis de contenido se puede realizar también a través de observaciones no textuales, por lo tanto, las técnicas de análisis de contenido pueden abarcar tanto análisis textuales como no textuales. Además, cuando nos estamos refiriendo al análisis de contenido de un texto – y, en general de cualquier tipo de expresión- a lo que se está aludiendo en realidad, de una forma un tanto paradójica, no es al texto mismo, sino a algo que estaría localizado fuera de él y que se definiría y revelaría como su “sentido”.

Y agrega que:

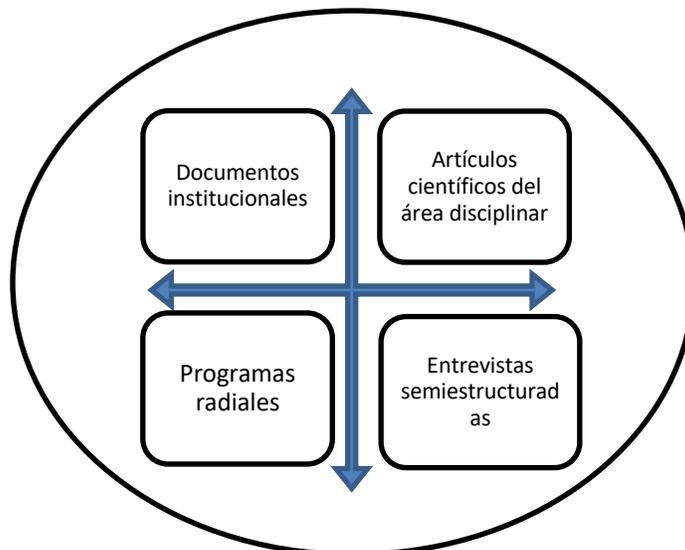
“... obviamente todas estas técnicas se pueden combinar y así aparecen, por ejemplo, análisis de contenido de discurso, cuando se adoptan conjuntamente marcos teóricos interpretacionales con metodología de análisis de contenido o análisis semiótico de discursos, cuando el analista decide combinar el marco constructivo semiótico y las interpretaciones inter-estructurales del discurso” (p.10).

Ahora bien, siguiendo a Echavarría (2005), es necesario distinguir el análisis de contenido cuantitativo, de su versión cualitativa. En el primer caso lo que se busca es obtener las frecuencias de la presencia de los datos, y de ahí interpretar los sentidos y las ideas fuerza de un texto. Este proceso dio paso en la presente investigación a confrontar cierto tipo de información en la interpretación de los documentos institucionales de la carrera de enfermería. Por su parte, la versión cualitativa pretende interpretar los significados, suponiendo en ellos un contenido manifiesto y un contenido latente. Aspecto que se centró en los programas y entrevistas elaboradas.

Lo anterior, permite situarse en el enfoque hermenéutico, que, según Habermas, contribuye a describir una realidad estructurada a partir de la comprensión de sentidos, que adquiere un carácter relevante para trascender de la simple observación al análisis de los hechos mismos. Su motor es conservar y ampliar las intersubjetividades y la comprensión que orienta las posibles acciones, en donde el lenguaje (oral y escrito) adquiere una figura protagónica (Habermas, 1975).

#### **2.4. El Análisis de los Corpus**

Esta investigación estableció cuatro corpus de producción de información en el que se han plasmado las intenciones y apuestas en términos de discurso oral y escrito que tienen los docentes de la escuela.

**Figura 2.***Corpus de información*

La recopilación de estos documentos, al ser parte de las apuestas de la escuela de enfermería y la universidad, cobraron importancia en la investigación, debido a que tuvieron como objetivo recoger los discursos, las intenciones formativas y las apuestas pedagógicas de los docentes, puesto que son ellos los que elaboran y validan los contenidos de dichos textos con fines académicos, normativos, investigativos, administrativos e informativos.

El peso y contexto de los corpus, fue determinado por los intereses que propone la pregunta de investigación y las condiciones que rodean los datos en los mismos. Estos fueron seleccionados porque representan condiciones de antecedentes (Documentos Institucionales), condiciones intervinientes (Programas radiales, Artículos científicos del área disciplinar) y condiciones resultantes de los discursos (Entrevistas a docentes). Es decir, que la clasificación de importancia entre ellos es de igual proporción puesto que existe una relación de concomitancia que los afecta entre sí. Estas condiciones de estructuración de los documentos

también evidenciaron que estaban atravesados por diferentes tipos de planos del discurso identificándose los siguientes: personal, político, filosófico, normativo y sociocultural.

Por lo anterior y debido a su diferente estructuración, se decidió usar la técnica de análisis de contenido de tipo categorial semántico de codificación abierta y axial. Dentro de este tipo semántico se encuentran algunas diferenciaciones como las planteadas por Janis (1965 citado por Miguel Aigeneren 2009) que se usan de acuerdo con los objetivos del análisis. Para los documentos institucionales, particularmente, por ser de amplio espectro temático, se determinó trabajar desde el análisis de atribución que proporciona la frecuencia con que aparecen ciertas caracterizaciones; aquí se contabilizó, por ejemplo, el número de veces que aparecen términos como: *Género, Cuidado, Cuerpo, Enfermera, Enfermero, Enfermería, Idóneo, Profesional, Integral, Líder, Ética, Paciente, Sujeto/s, Ser, Holístico, Autonomía, Enfermedad, Salud, Cultura, Promoción, Disciplina, Formación, Ciencia, Práctica, Calidad, Social.*

La *inferencia* resultante de la frecuencia de las palabras propuso la construcción de índices<sup>9</sup> de los documentos que arrojaron datos sobre: *importancia o énfasis*, que determina la frecuencia con que ocurre la palabra o tema; *la dirección o sesgo*, que indica el grado de equilibrio o desequilibrio en el número de características favorables o desfavorables atribuidas en los documentos; *la intensidad o fuerza* de las categorías de la pregunta central, que indica el tipo de documento institucional. En otras palabras, al producir inferencias del contenido de la comunicación de un texto se puede replicar a su contexto social y es allí donde el investigador detecta unos significados alrededor de unas categorías de interés en la investigación (Caregnato & Mutti, 2006, p.682).

---

<sup>9</sup> Entendido según Marradi (2007) (citado por Gómez & Grinszpun, 2019) como algo manifiesto o registrable que da información sobre algo que no es manifiesto o directamente registrable. Se construye para obtener información y registros de la “cosa oculta”, latente de la realidad, que no podía registrar la variable que le dio origen. (Cohen & Gómez, 2019)

Para los demás corpus, desde la misma perspectiva semántica, se propuso encontrar la *esencia implícita o fondo* que permitieron averiguar la evolución de los intereses y de las actividades del pensamiento de los docentes en sus dos expresiones tanto oral como escrita, relacionar características conocidas de las categorías propuestas en la pregunta central con los discursos y mensajes que tales fuentes producen.

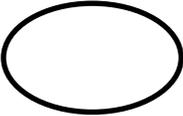
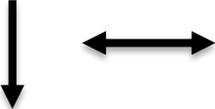
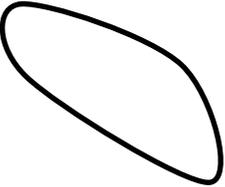
Este tipo de procedimiento en ambos casos, tanto de las frecuencias como el análisis de fondo, ayudaron a producir determinados tipos de generalizaciones que procedieron de la comparación de contenidos de distinto origen o del mismo origen, pero en tiempos diferentes en un proceso de codificación axial.

Es importante decir que, la codificación abierta caracteriza la fase inicial del análisis. Se trabaja desde las categorías establecidas y divide el texto original por códigos de significado relevante desde el punto de vista de la pregunta clave de la investigación. Para esta parte se apoyó en lo propuesto por Vásquez Rodríguez (2013). La codificación axial casi invierte este proceso. Ahora se juntan códigos en unidades más amplias y trata de reconstruir la complejidad de los datos, que se olvidó durante el primer paso de codificación abiertamente. Las unidades o categorías nuevas representan relaciones relevantes entre los códigos. Estas relaciones fueron propuestas en esta investigación a partir de preguntas que referían a quién, por qué o con qué efecto como un hilo conductor para vincular las categorías emergentes que puedan contribuir a respuestas con sentido.

Para el caso de la presente investigación se trataron las siguientes convenciones:

### **Figura 3.**

*Significados de convenciones*

<b>Forma</b>	<b>Significado</b>
	Categorías Emergentes
	Subcategorías pertenecientes a categorías emergentes
	Conecta categorías. Al ser líneas gruesas definen fuerte afinidad entre ellas. Su dirección permite comprender el sentido de la causa y conexión: unicausal y multicausal.
	Conecta categorías. Al ser líneas delgadas definen débil conexión entre ellas. Su dirección permite comprender el sentido de la causa y conexión: unicausal y multicausal.
	Conexiones que el autor evidencia o infiere a partir de los datos.
	Muestra la causa o implicados en las categorías
	Agrupa varias categorías que comparten características y similitudes de causalidad.

### **2.4.1. Tipos de Documentos Analizados**

**2.4.1.1. Documentos Institucionales.** Son documentos producto de elaboración de los docentes que agrupan aspectos del pregrado de enfermería como los modelos pedagógicos, contenidos programáticos, visión, misión, propósito, perfiles, historia de la escuela de enfermería, entre otros. Y se configuran documentos rectores para presentación ante organismos certificadores y acreditadores de la calidad educativa. Además, fueron creados y actualizados durante los últimos 5 años.

Estos documentos se organizaron por medio de una tabla que permitió resumir y analizar los aspectos más importantes que contribuyeran a develar las intenciones de la investigación con base en las categorías (Ver anexo 4). Los documentos seleccionados para análisis fueron:

- Documento Registro Calificado del programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
- Programa Académico Educativo (PAE)
- Informe preliminar de Acreditación de Alta Calidad Escuela de Enfermería
- Los Contenidos programáticos del pregrado de enfermería

**2.4.1.2. Artículos Científicos de Docentes del Área Disciplinar de la Escuela de Enfermería.** Se revisaron en total 28 artículos científicos de los docentes del área disciplinar de la escuela de enfermería, los cuales fueron analizados de forma intencionada por el investigador, teniendo en cuenta los siguientes criterios (Ver anexo 5):

- Ser autor o coautor algún docente del área disciplinar actualmente de la escuela de enfermería

- El tema del artículo debía hablar sobre el cuerpo o el cuidado de la salud o mencionar las categorías de análisis de la pregunta problema
- Tener menos de 20 años de publicación

**2.4.1.3. Programas Radiales.** Los programas radiales son programas que realizan los docentes y en algunos casos estudiantes en diferentes asignaturas del pregrado que se emiten al aire de manera quincenal. Se exponen temas relacionados con la salud, los cuidados y la prevención de las enfermedades y su propósito es informar sobre estos aspectos a las personas del área rural y urbana de la ciudad de Tunja y el área metropolitana.

En total se analizaron nueve (9) programas radiales emitidos al aire en el año 2018, los cuales se obtuvieron a través de consentimiento informado (ver anexo 2) de los docentes que participan en el programa radial “cuidando con cuidado” de la emisora UPTC Radio 104.1 FM de la universidad y que además quisieron participar de forma voluntaria en la investigación (Ver anexo 6).

**2.4.1.4. Entrevistas Semiestructuradas.** La entrevista es de gran utilidad en la investigación cualitativa, ya que posibilita recabar datos y obtener información más completa y profunda, además de la posibilidad de aclarar dudas durante el proceso, asegurando respuestas más útiles y precisas y además conseguir significados más íntimos que las personas le atribuyen a los temas que se pretenden comprender (Díaz, Torruco, Martínez & Varela, 2013). Esta técnica pretendió ampliar la información de manera personal y directa sobre los conceptos y categorías de cuerpo y cuidado frente a la información obtenida en los demás documentos del corpus.

El criterio de elección de participantes fue de manera aleatoria, se realizaron ocho (8) entrevistas semiestructuradas a ocho (8) docentes (muestra representativa) de la escuela de enfermería durante el primer semestre del 2019, es decir, el 30% del total de docentes del área disciplinar, veinticuatro (24). Las asignaturas que constituyen el área disciplinar son:

Fundamentos de enfermería, Enfermería Mujer y Recién Nacido, Enfermería del Niño, Enfermería del Adolescente, Enfermería del Adulto I y II, Enfermería del Adulto Mayor e Internado de enfermería. Los docentes fueron informados a través de un consentimiento informado (Ver anexo 1) y aceptaron de manera voluntaria participar en la investigación, previo conocimiento y autorización por parte del Comité de Currículo de la escuela de Enfermería. Las entrevistas fueron aplicadas de manera individual y a profundidad, las cuales se grabaron y transcribieron en su totalidad en Microsoft Word donde se utilizaron tablas y esquemas de codificación que sirvieron para el análisis del contenido.

Entre las características generales de los participantes, se encuentra que todas son mujeres, docentes de tiempo completo, con tiempo de permanencia en la escuela de alrededor diez (10) años, todas con título de enfermeras, rango de edad entre 30 y 50 años, con mínimo de formación posgradual en maestría y han participado en diversos espacios de formación teóricos y prácticos del pregrado. Solo una de las ocho participantes no es egresada del programa de enfermería de la UPTC. Todas han hecho parte del proceso de construcción de los documentos institucionales, programas radiales y reformas del plan de estudio y la malla curricular analizados en esta investigación.

Para la validez de la entrevista, se realizó por medio de dos pruebas piloto aplicadas a dos docentes participantes de la investigación de manera inicial, posterior se llevó a cabo pruebas de validez de expertos a través de las consideraciones hechas en los seminarios por el tutor de la investigación y la docente inicial de la línea de investigación de Educación y Pedagogía.

La entrevista realizada constó de tres partes:

- Entrada y presentación: contiene la presentación, los objetivos y propósitos de la investigación y la descripción del uso y características del instrumento utilizado.

- Centro o tronco: se establecen las preguntas con las cuales el investigador pretende indagar y explorar los sentidos de las categorías, dejando que el entrevistado conteste de manera natural y sin afanes.
- Cierre y conclusión: momento donde se concluye y se agradece a la persona por la participación.

La parte central a través de preguntas permitió la consecución de la mayor información posible a partir de las voces de las docentes. Las preguntas fueron orientadas bajo unas intenciones con el fin de explorar las categorías propuestas en la pregunta problema.

**Tabla 1.**

*Intenciones con las preguntas de la entrevista elaborada*

Nº	Pregunta	Intención de la pregunta
1	Si tuviera que hablar del cuerpo ¿Qué es lo primero que diría?, ¿Por qué?, ¿Qué es para usted el cuerpo?	Indagar sobre el significado y sentido del cuerpo.
2	En ese sentido ¿Por qué es importante hablar del cuerpo en enfermería? ¿Qué es el cuerpo en enfermería?	Indagar sobre el significado del cuerpo en la enfermería.
3	Hoy en día, ¿Qué se debería enseñar sobre el cuerpo en enfermería? ¿Por qué piensa esto?	Encontrar relación entre el cuerpo, enfermería y proceso de formación profesional.
4	En la profesión de enfermería ¿Cómo se relaciona el cuerpo con el autocuidado y el cuidado de la salud? ¿Existen diferencias? ¿Cuáles?	Hallar vínculos entre el cuerpo y el cuidado de la salud desde la profesión de enfermería.
5	A nivel personal ¿Qué sentido tiene para usted el cuidado? ¿Por qué?	Indagar sobre el significado del cuidado.
6	Pensando en clave de la educación ¿Cómo usted entiende la formación integral de los estudiantes de enfermería? ¿Usted cree que la universidad cumple con esa formación integral? ¿Por qué?	Explorar el significado de formación integral y su vínculo con el cuerpo y el cuidado.

7	Entonces, ¿Cómo sería una educación de calidad en enfermería? ¿Por ejemplo?	Encontrar relación entre los discursos normativos y el proceso formativo de la enfermería.
8	Para terminar ¿Cómo los enfermeros y enfermeras aportamos a una educación de calidad?	Descubrir cuáles son las apuestas de los enfermeros y enfermeras en la formación integral que discurre de lo normativo.
9	Finalmente, ¿hay algo más que quisiera comentar o añadir?	Ampliar y permitir al entrevistado hablar sobre algo que crea importante para la entrevista.

Las entrevistas se codificaron con números y letras de acuerdo con la confidencialidad que demanda el ejercicio investigativo:

**Tabla 2.**

*Códigos de Entrevistas Realizadas*

<b>Entrevista</b>	<b>Código</b>
1	YB001
2	BP001
3	LB001
4	LH001
5	MG001
6	ML001
7	NR001
8	SG001

**2.5. Tareas y Procedimientos para el Análisis de la Información**

Para el análisis de la información de los corpus seleccionados, se llevaron a cabo procedimientos analíticos que permitieron organizar la información de acuerdo con las dos (2) categorías iniciales: Cuerpo y Cuidado; veinte (20) categorías emergentes y dieciséis (16) subcategorías. Como se puede observar en la siguiente tabla:

**Tabla 3.***Categorías y Subcategorías Emergentes*

<b>Categoría inicial</b>	<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
Cuerpo	La autoexpropiación del cuerpo enfermero/a	
Cuerpo	Conocimiento y representación del propio cuerpo	Conciencia corporal
		Imagen corporal de los enfermeros/as
Cuerpo	Construcciones simbólicas del propio cuerpo	Aprendizajes del propio cuerpo
		Cuerpo como territorio
Cuidado	Del cuidado de los órganos al cuidado como acto relacional	
Cuidado	Significados de autocuidado en el cuidado de la salud	El cultivo de sí
		Cuidado de sí
Cuerpo	Posibilidades y sentidos del cuerpo frente al cuidado	Cuerpo como referente en la toma de decisiones
		Capacidades corporales
Cuerpo	Desconocimiento de corporalidades diversas	Reconocimiento corporal
Cuerpo	Representaciones violentas del cuerpo sujeto de cuidado	Cuerpo cuidado es intervenible
Cuerpo	La intimidad como necesidad de protección corporal	
Cuerpo	Giro de sentido de los discursos hegemónicos	Del cuerpo fragmentado al reconocimiento de la (propia) corporalidad.
Cuidado	Nociones del cuidado de la salud y la vida	Cuidado como acto reparador
		El cuidado de la vida
Cuidado	La necesidad de cuidar al otro	Necesidades del cuidado
Cuerpo	Herencias de la enfermería que domestican el cuerpo del enfermero/a	Cuerpo disciplinado
		Cuerpo domesticado
Cuerpo	El cuerpo enfermo como centro de lo biomédico	

Cuerpo	El cuerpo fragmentado, vulnerado y recipiente: ¿sujeto u objeto de cuidado?	
Cuerpo	Imaginarios y representaciones sociales del cuerpo	
Cuerpo	La perspectiva de género en el vínculo cuerpo-cuidado	
Cuerpo	Significados del cuerpo: ¿entre el dualismo, el todo y las partes?	
Cuerpo	Cuerpo elemento de vínculo y relación con el otro	
Cuidado	Cuerpo punto de partida del cuidado	

A continuación, se describen las tareas para el análisis de las categorías y subcategorías.

**Tabla 4.**

*Procedimientos para el Análisis de Información.*

<b>Tareas</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Descripción</b>
Reducción de la información	Transcripción de entrevistas	Se realizó la transcripción de las entrevistas realizadas y la codificación mediante números, letras y textos diferenciales que permitieran definir la voz de los participantes (Ver anexo 7)
	Preanálisis	Correspondió a un período de intuiciones, pero tuvo como objetivo la operacionalización y la sistematización de las ideas de partida para poder llegar a un sistema preciso de desarrollo de las operaciones sucesivas, a un plan de análisis. Se realiza una lectura superficial para aproximarse a los índices en los que se apoyara la investigación
	Codificación y categorización de la información	Consistió en clasificar los elementos de un conjunto a partir de ciertos criterios previamente definidos, en este caso fueron cuerpo y cuidado como categorías centrales y como apoyo en su relación con salud y enfermería, contenidas en la pregunta problema y además de mayor recurrencia evidenciada en los corpus (Strauss & Corbin, 2002) Se seleccionaron los fragmentos resultantes de las entrevistas de mayor pertinencia de acuerdo con la pregunta problema y los términos relacionados con la investigación (cuerpo y cuidado).

		<p>Se relacionaron los términos recurrentes y se utilizaron descriptores o frases cortas que mejor ilustraron la idea esencial del entrevistado.</p> <p>La codificación abierta, la codificación axial (Strauss &amp; Corbin, 2002) y la categorización se llevó a cabo con ayuda del Software Atlasti.8 que permitió asignarles códigos a los descriptores y establecer los vínculos y creación de unidades con características similares en categorías y subcategorías</p>
Representación y disposición de la información recolectada y analizada	Cuadros de resumen de información	<p>Se constituyeron para alojar información importante y seleccionada (fragmentos y unidades). Fueron útiles para identificar agrupaciones y familias de categorías y códigos obtenidos.</p> <p>Se realizó una lista de los descriptores obtenidos, se mezclaron los descriptores por afinidad, oposición, relaciones, tipos, etc. que mejor ilustraron los términos relacionados con la investigación</p>
	Elaboración de indicadores o unidades de análisis	Se tejieron las posibles relaciones y se buscaron las primeras categorías para obtener la interrelación del término motivo dentro del campo semántico.
	Reconocimiento de categorías y red axial	Una vez creadas las categorías, grupos de tópicos y listado de descriptores que la conforman, se procedió a realizar la red axial a través de preguntas que pudieran evidenciar las relaciones de cada categoría y visibilizar las tensiones, las debilidades y fortalezas mediante un esquema.
Interpretación y validación de la información	Triangulación de datos	La triangulación se llevó a cabo a partir de la información que emergió de los corpus (documentos institucionales, programas de radio, artículos y entrevistas) Se cruzaron estas fuentes de datos para compararlas y contrastarlas y al mismo tiempo establecer relaciones de afinidad, oposición o diferencia y también la pertinencia de la información con respecto al entramado de corpus en mención. Cruce de información por autores, entre corpus. Este proceso se realizó en Atlasti.8
	Reducción de los datos	Se realizó una síntesis y selección de los resultados, haciendo una descripción de acuerdo con la intensidad de la investigación (análisis de frecuencia de aparición), inferencias, interpretación de significados axiológicos.
	Consolidación teórica	Se procede a redactar el texto que acompaña y

		explica cada categoría o nivel categorial y se continuó con la interpretación y análisis que mejor orientó la investigación.
--	--	--

## 2.6. Fases de la Investigación

Las fases y momentos que se describen a continuación acompañaron las diferentes acciones que se requirieron para llevar a cabo los propósitos de la investigación:

**Tabla 5.**

### *Fases de la Investigación*

<b>Fases</b>	<b>Actividades</b>	<b>Procedimientos</b>
<b>Fase 1:</b> Definición de aspectos de la investigación: objetivos, base teórica, metodología.	-Elaboración de anteproyecto y aprobación de propuesta por parte de universidad. -Definición de categorías centrales de la investigación -Búsqueda, lectura e interpretación de referentes teóricos en bases de datos -Definición de aspectos metodológicos	-Elaboración de Ficha RAE -Tutorías con asesor -Revisión de bases de datos -Asesorías
<b>Fase 2:</b> Presentación del proyecto de investigación y selección de corpus y población	- Presentación de carta a comité de currículo para obtención de permiso de entrevistas y acceso a documentos institucionales - Comunicación a docentes de la escuela y participación voluntaria en la investigación - Creación de consentimientos informados	- Entrevistas con docentes y dirección de escuela - Reunión con comité curricular - Impresión y firma de consentimientos y cartas de solicitud. - Asesorías
<b>Fase 3:</b> Construcción de entrevistas semiestructuradas y trabajo de campo	-Diseño de entrevista semiestructurada -Aplicación de entrevista a docentes que accedieron a participar de manera voluntaria - Organización y sistematización de la información -Categorización de la información -Retroalimentación de funcionalidad de instrumento (entrevista)	-Entrevista personal con docentes - Lectura y análisis de documentos y entrevistas -Asesorías
<b>Fase 4:</b> Organización, análisis e interpretación de	-Adquisición de software Atlasti.8 - Transcripción de entrevistas realizadas - Organización de información por categorías de análisis	-Revisión de transcripción de entrevistas -Trabajo individual de

la información recopilada	-Clasificación, codificación y categorización, de acuerdo con los parámetros de la pregunta problema y la conservación fiel a la información recibida -Creación de esquemas y cuadros de condensación de información recopilada (documentos y entrevistas)	análisis
<b>Fase 5:</b> Procesamiento de los datos	Los datos se procesaron siguiendo las etapas propuestas por Fernando Vásquez Rodríguez (2013) en su libro El Quehacer docente.	-Trabajo individual -Asesorías
<b>Fase 6:</b> Redacción informe final de la investigación	-Estructuración y redacción de resultados, recomendaciones y conclusiones. -Revisión de documento final	-Trabajo individual -Asesorías
<b>Fase 7:</b> Divulgación de resultados	-Elaboración de herramientas de sustentación (documento escrito) -Presentación de resultados finales ante CINDE y escuela de enfermería -Proyección de artículo científico para publicar	-Trabajo individual -Sustentación final

## 2.7. Técnicas y Herramientas para la Recolección de Información

Se utilizó la técnica de entrevista (Ver anexo 3) que permitió la interacción y coherencia con el enfoque cualitativo–hermenéutico, así mismo, se empleó la revisión bibliográfica. A continuación, se realiza una breve descripción de las herramientas usadas:

**Tabla 6.**

*Técnicas de Recolección de Información.*

<b>Técnica/Herramienta</b>	<b>Características</b>	<b>Fuente de información</b>
Entrevista semiestructurada	- Presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Tienen la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir	Ocho docentes mujeres enfermeras de la escuela de enfermería de la UPTC.

	<p>formalismos.</p> <p>-La entrevista semiestructurada permite recoger información sobre acontecimientos y aspectos subjetivos de las personas: creencias, actitudes, opiniones, valores, conocimientos, que de otra manera no están al alcance del investigador.</p> <p>- La entrevista permite al investigador interpretar sentidos y significados a partir de la experiencia de vida, experiencia que además le posibilita construir un discurso y un valor a partir de los elementos más anclados en su vida cotidiana.</p> <p>- La entrevista nos permite penetrar en aquellos asuntos, discursos y visiones que no son fácilmente capturados a través de un ejercicio de observación. (Agudelo, 2014, p. 44)</p>	
Revisión documental	<p>La revisión documental deriva de la investigación documental, la cual utiliza documentos como fuentes de información: materiales impresos, electrónicos, gráficos, audiovisuales. Según Baena (2017) este tipo de técnicas permite la selección y compilación de información a través de la lectura y crítica de documentos y materiales bibliográficos. Cuya intención es leer y otorgar sentido a dichos documentos investigación por medio del análisis, la crítica y la comparación, para interpretar la realidad a través de las fuentes de información. De allí que pueda ser reconstructiva porque permite generar nuevas preguntas para la reelaboración de conocimiento que ha producido unos resultados y un saber previos y en esta medida modificar los fenómenos objeto de reflexión (Gómez, 2011 citando a Vargas, 1992, p 26).</p>	Documentos institucionales, programas radiales, artículos científicos.

## 2.8. Consideraciones Éticas en la Investigación

Para la realización de este estudio se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- La investigación no conlleva ninguna posibilidad de daño. De conformidad con la Resolución 8430 de 1993, el riesgo de esta investigación es mínimo, ya que tiene que ver con “...estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios” (Art.11). Previamente se explicó el motivo y propósito de la investigación donde se garantizó el derecho a la privacidad de la información personal, por lo cual no fue necesario pasar por comité de ética y bioética.
- Conforme a la Resolución 8430 de 1993, a los participantes de las actividades de se les garantizó la confidencialidad de los datos, los cuales a través del consentimiento informado se especifica que no revelaran sin consentimiento y autorización propia. brindando la información referente a los objetivos y la metodología del estudio, la confidencialidad de los datos obtenidos, la independencia de la investigación con respecto a la institución, la voluntariedad de la participación y el respeto a la decisión de retirarse en el transcurso de esta sin ninguna consecuencia legal o social. También se le garantizará que sus datos de identificación no aparecerán en ningún informe, presentación o publicación académica del estudio y que la información recogida será utilizada solo con fines investigativos y de formación académica, en cumplimiento de las normas anteriormente mencionadas.
- Los datos recolectados fueron anónimos respondiendo a la confidencialidad y al carácter ético y legal que contiene la investigación y no serán compartidos con personas diferentes a los integrantes de la investigación de conformidad con la Ley de protección de datos personales (Ley Habeas Data).
- Se solicitó permiso y autorización por parte del comité curricular de la escuela de enfermería conformado por el director de escuela, representantes de docentes y estudiantes, el cual fue aprobado para su realización (Ver Anexo 4).

### **CAPÍTULO 3.**

#### **Resultados de la Investigación: “Lo que Habla Dentro de lo Posible”**

### **3.1. Resultados del Análisis de Frecuencias**

El análisis de frecuencia de palabras de los corpus de los documentos institucionales oficiales se elaboró para aproximarnos a las comprensiones del problema y los objetivos frente a la recurrencia del discurso en las categorías cuerpo y cuidado contenidos en la presente investigación. Debido a que, las formas lingüísticas de repetición constituyen una aproximado a un significado concreto para conectar semánticamente conceptos, ideas o situaciones que para el oyente/lector, no necesitan ser mencionadas, pero si recordadas o reavivadas en su significado global, pues “la recurrencia es una forma de organizar el discurso y dar sentido a lo expresado escrita u oralmente” (Moreno, 1990, p. 91).

De igual manera, permite identificar las marcas discursivas dominantes, las coherencias en lo teórico y práctico y las formas como se reproduce el discurso docente. En esa medida, se funden como elementos de coherencia y conexión de las personas para dar sentido y valor a las palabras, más aún en los discursos académicos que llevan claramente características de poder y saber.

Dichas recurrencias de palabras fueron obtenidas de forma intencionada en los documentos por el investigador en congruencia con las grandes categorías que determinan la pregunta problema.

A continuación, se hace referencia a los tres (3) documentos institucionales que fueron objeto de análisis de recurrencia semántica y que conforman uno de los corpus de la investigación.

Los documentos son los siguientes:

- Documento Registro Calificado programa de Enfermería

- Programa Académico Educativo (PAE)
- Informe preliminar de Acreditación de Alta Calidad Escuela de Enfermería

A partir del análisis y la revisión documental de los documentos mencionados se buscó en ellos las palabras que más veces se repetían. Cada palabra de las categorías iniciales pudo orientar el sentido y el significado de estas en los documentos. Los documentos fueron escogidos por ser discursos que contienen las intenciones formativas y los mecanismos normativos establecidos institucionalmente para el logro de los objetivos formativos y sociales. Arrojando como resultado la siguiente tabla que muestra por cada una de las palabras el número de recurrencia encontrada.

**Tabla 7.**

*Recurrencia de Términos en Documentos Institucionales*

	<b>Documento Registro Calificado escuela de enfermería</b>	<b>Programa Académico Educativo (PAE)</b>	<b>Informe preliminar de Acreditación de Alta Calidad 2019</b>
<b>Género</b>	6	4	6
<b>Cuidado</b>	96	119	251
<b>Cuerpo</b>	0	2	5
<b>Enfermera</b>	30	4	7
<b>Enfermero</b>	8	0	3
<b>Enfermería</b>	449	337	130
<b>Idóneo</b>	8	11	138
<b>Profesional</b>	107	77	224
<b>Integral</b>	19	21	126
<b>Líder</b>	4	9	52

<b>Ética</b>	3	4	13
<b>Paciente</b>	3	6	19
<b>Sujeto/s</b>	87	160	64
<b>Ser</b>	9	6	11
<b>Holístico</b>	4	4	10
<b>Autonomía</b>	3	6	10
<b>Enfermedad</b>	37	37	46
<b>Salud</b>	288	142	375
<b>Cultura</b>	17	129	113
<b>Promoción</b>	14	125	32
<b>Disciplina</b>	49	8	77
<b>Formación</b>	148	38	406
<b>Ciencia</b>	38	5	136
<b>Práctica</b>	102	14	46
<b>Calidad</b>	10	17	435
<b>Social</b>	22	25	169

1. Análisis de datos para **Documento Registro Calificado escuela de enfermería**. Al organizar los datos obtenidos de mayor a menor y el porcentaje, se obtiene:

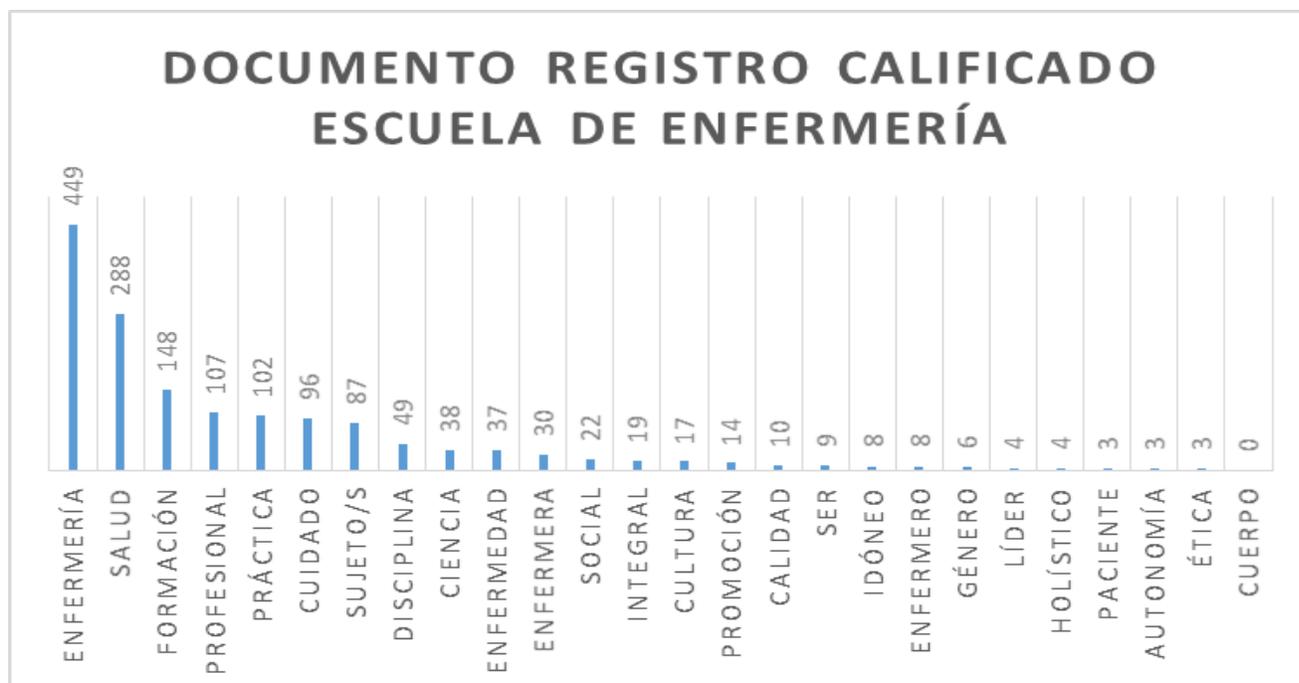
Nº	Palabras	Documento Registro Calificado escuela de enfermería	Porcentaje %
<b>1</b>	<b>Enfermería</b>	449	28,8
<b>2</b>	<b>Salud</b>	288	18,4
<b>3</b>	<b>Formación</b>	148	9,5
<b>4</b>	<b>Profesional</b>	107	6,9
<b>5</b>	<b>Práctica</b>	102	6,5
<b>6</b>	<b>Cuidado</b>	96	6,1
<b>7</b>	<b>Sujeto/s</b>	87	5,6
<b>8</b>	<b>Disciplina</b>	49	3,1
<b>9</b>	<b>Ciencia</b>	38	2,4

<b>10</b>	<b>Enfermedad</b>	37	2,4
<b>11</b>	<b>Enfermera</b>	30	1,9
<b>12</b>	<b>Social</b>	22	1,4
<b>13</b>	<b>Integral</b>	19	1,2
<b>14</b>	<b>Cultura</b>	17	1,1
<b>15</b>	<b>Promoción</b>	14	0,9
<b>16</b>	<b>Calidad</b>	10	0,6
<b>17</b>	<b>Ser</b>	9	0,6
<b>18</b>	<b>Idóneo</b>	8	0,5
<b>19</b>	<b>Enfermero</b>	8	0,5
<b>20</b>	<b>Género</b>	6	0,4
<b>21</b>	<b>Líder</b>	4	0,3
<b>22</b>	<b>Holístico</b>	4	0,3
<b>23</b>	<b>Paciente</b>	3	0,2
<b>24</b>	<b>Ética</b>	3	0,2
<b>25</b>	<b>Autonomía</b>	3	0,2
<b>26</b>	<b>Cuerpo</b>	0	0,0
	<b>Total</b>	1561	

Al graficar los datos, se obtiene:

### **Gráfica 1.**

*Análisis de datos para documento Registro Calificado*



La palabra que más se repite en **Documento Registro Calificado escuela de enfermería** es: “enfermería” con un porcentaje de 28,8 %, seguida de la palabra “salud” con un porcentaje de 18,4% y la tercera palabra con más frecuencia es “formación” con un porcentaje de 9,5%.

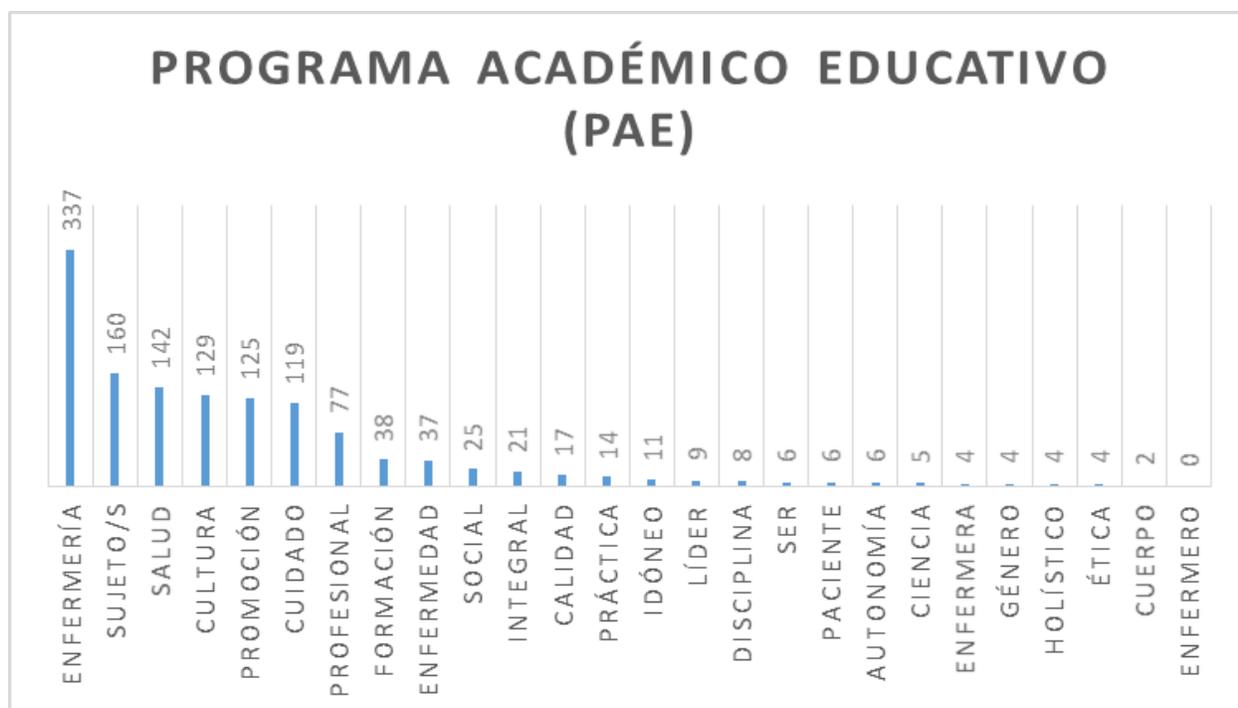
La palabra “cuidado”, ocupa el sexto lugar con un porcentaje de repetición de 6.1% del total de valores obtenidos y la palabra “cuerpo” tiene cero repeticiones, ubicándola en la última posición dentro del **Documento Registro Calificado Escuela de Enfermería de la UPTC**.

2. Análisis de datos para **Programa Académico Educativo (PAE)**. Al organizar los datos obtenidos de mayor a menor y el porcentaje, se obtiene:

Nº	Palabras	Programa Académico Educativo (PAE)	Porcentaje %
1	Enfermería	337	25,7
2	Sujeto/s	160	12,2
3	Salud	142	10,8
4	Cultura	129	9,8
5	Promoción	125	9,5
6	Cuidado	119	9,1
7	Profesional	77	5,9
8	Formación	38	2,9
9	Enfermedad	37	2,8
10	Social	25	1,9
11	Integral	21	1,6
12	Calidad	17	1,3
13	Práctica	14	1,1
14	Idóneo	11	0,8
15	Líder	9	0,7
16	Disciplina	8	0,6
17	Paciente	6	0,5
18	Ser	6	0,5
19	Autonomía	6	0,5
20	Ciencia	5	0,4
21	Ética	4	0,3
22	Holístico	4	0,3
23	Enfermera	4	0,3
24	Género	4	0,3
25	Cuerpo	2	0,2
26	Enfermero	0	0,0
	<b>TOTAL</b>	1310	

## Gráfica 2.

Análisis de datos Programa Académico Educativo (PAE)



La palabra que más se repite en **Programa Académico Educativo (PAE)** es: “Enfermería” con un porcentaje de 25,7%, seguida de la palabra “Sujeto/s” con un porcentaje de 12,2% y la tercera palabra con más frecuencia es “Salud” con un porcentaje de 10,8%.

En el documento **Programa Académico Educativo (PAE)**, la palabra “cuidado” ocupa el sexto lugar con un porcentaje de repetición de 9,1% del total de valores obtenidos y la palabra “cuerpo” 2 repeticiones, con un porcentaje de 0,2%, ubicándola en la penúltima posición entre las palabras de análisis.

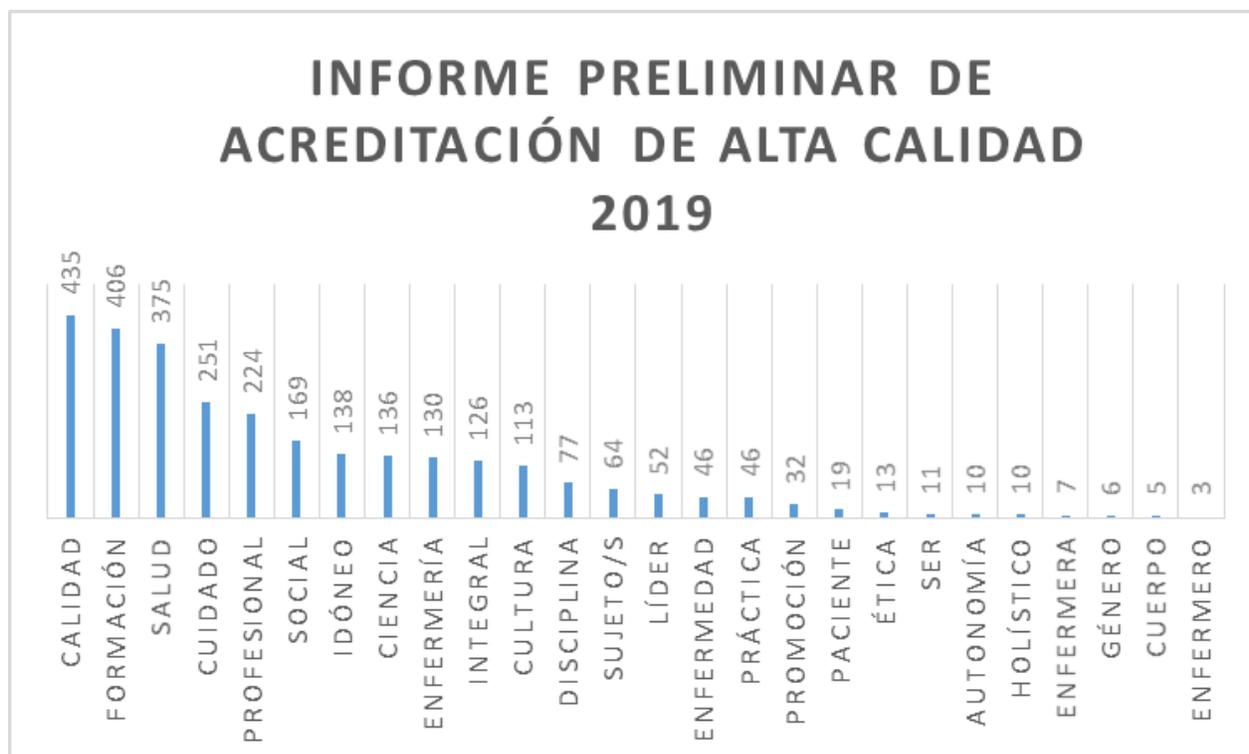
### 3. Análisis de datos para **Informe preliminar de Acreditación de Alta Calidad**

**2019.** Al organizar los datos obtenidos de mayor a menor y el porcentaje, se obtiene:

N°	Palabras	Informe preliminar de Acreditación de Alta Calidad 2019	Porcentaje %
1	Calidad	435	15,0
2	Formación	406	14,0
3	Salud	375	12,9
4	Cuidado	251	8,6
5	Profesional	224	7,7
6	Social	169	5,8
7	Idóneo	138	4,8
8	Ciencia	136	4,7
9	Enfermería	130	4,5
10	Integral	126-	4,3
11	Cultura	113	3,9
12	Disciplina	77	2,7
13	Sujeto/s	64	2,2
14	Líder	52	1,8
15	Enfermedad	46	1,6
16	Práctica	46	1,6
17	Promoción	32	1,1
18	Paciente	19	0,7
19	Ética	13	0,4
20	Ser	11	0,4
21	Autonomía	10	0,3
22	Holístico	10	0,3
23	Enfermera	7	0,2
24	Género	6	0,2
25	Cuerpo	5	0,2
26	Enfermero	3	0,1
	Total	2904	

### Gráfica 3.

*Análisis de datos Informe de Acreditación 2019.*



La palabra que más se reitera en el **Documento Registro Calificado Escuela de Enfermería de la UPTC** es: “Calidad” con un porcentaje de 15,0%, seguida de la palabra “Formación” con un porcentaje de 14,0% y la tercera palabra con más frecuencia es “Salud” con un porcentaje de 12,9%.

La palabra “cuidado” ocupa el cuarto lugar con un porcentaje de repetición de 8,6% del total de valores obtenidos; y la palabra “cuerpo” tiene un porcentaje de 0,2%, ubicándola en la penúltima posición dentro del **Documento Registro Calificado escuela de enfermería**.

#### 4. Totales

Al hallar los promedios de repetición de cada categoría, en cada uno de los documentos de análisis, se obtiene:

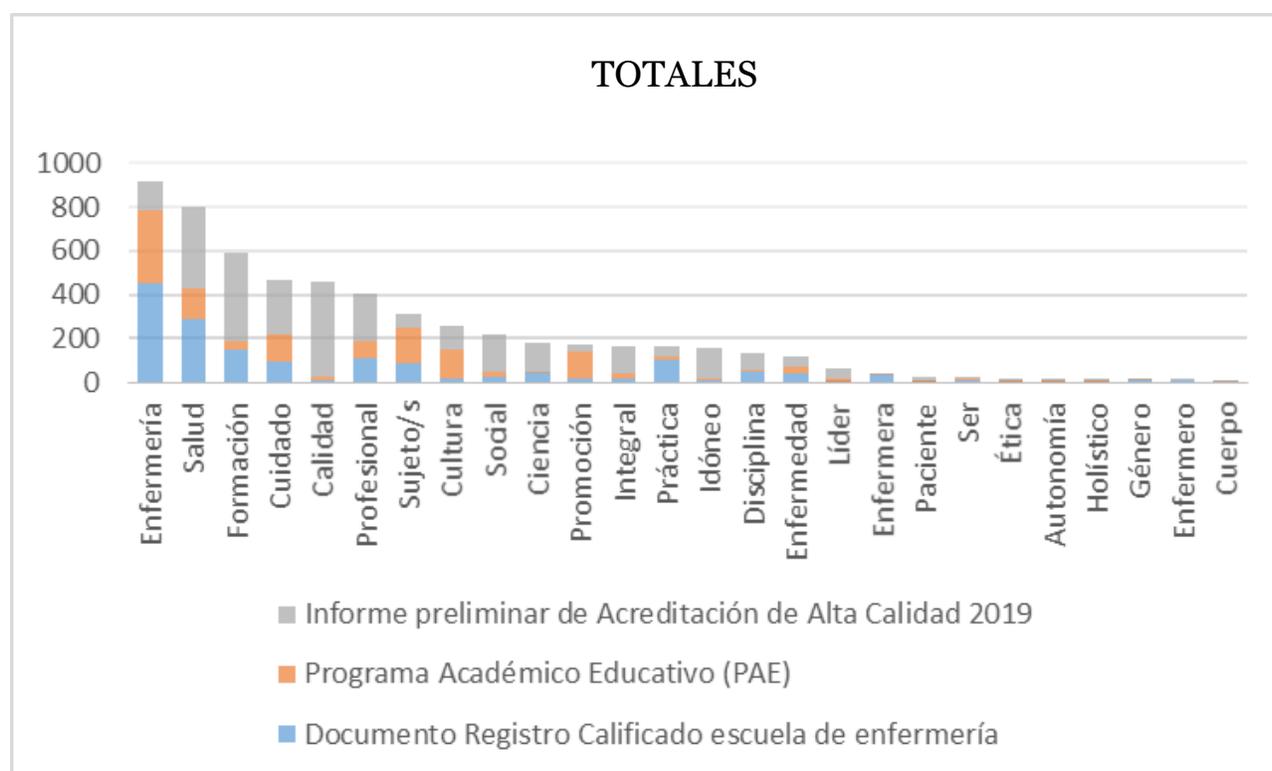
<b>Nº</b>	<b>Palabra</b>	<b>Totales</b>	<b>Promedio</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>1</b>	<b>Enfermería</b>	916	305	15,9
<b>2</b>	<b>Salud</b>	805	268	13,9
<b>3</b>	<b>Formación</b>	592	197	10,3
<b>4</b>	<b>Cuidado</b>	466	155	8,1
<b>5</b>	<b>Calidad</b>	462	154	8,0
<b>6</b>	<b>Profesional</b>	408	136	7,1
<b>7</b>	<b>Sujeto/s</b>	311	104	5,4
<b>8</b>	<b>Cultura</b>	259	86	4,5
<b>9</b>	<b>Social</b>	216	72	3,7
<b>10</b>	<b>Ciencia</b>	179	60	3,1
<b>11</b>	<b>Promoción</b>	171	57	3,0
<b>12</b>	<b>Integral</b>	166	55	2,9
<b>13</b>	<b>Práctica</b>	162	54	2,8
<b>14</b>	<b>Idóneo</b>	157	52	2,7
<b>15</b>	<b>Disciplina</b>	134	45	2,3
<b>16</b>	<b>Enfermedad</b>	120	40	2,1
<b>17</b>	<b>Líder</b>	65	22	1,1
<b>18</b>	<b>Enfermera</b>	41	14	0,7
<b>19</b>	<b>Paciente</b>	28	9	0,5
<b>20</b>	<b>Ser</b>	26	9	0,5
<b>21</b>	<b>Ética</b>	20	7	0,3
<b>22</b>	<b>Autonomía</b>	19	6	0,3
<b>23</b>	<b>Holístico</b>	18	6	0,3
<b>24</b>	<b>Género</b>	16	5	0,3
<b>25</b>	<b>Enfermero</b>	11	4	0,2

<b>26</b>	<b>Cuerpo</b>	7	2	0,1
	<b>Totales</b>	5775		

Con base en la información anterior, se puede concluir que Los términos más recurrentes y relevantes para el análisis de los documentos institucionales son, en su orden: Enfermería, salud, formación, cuidado, calidad, profesional, sujeto/s, cultura, social, ciencia, promoción, integra, práctica, idóneo, disciplina enfermedad, líder y enfermedad.

#### Gráfica 4.

##### Análisis de Totales

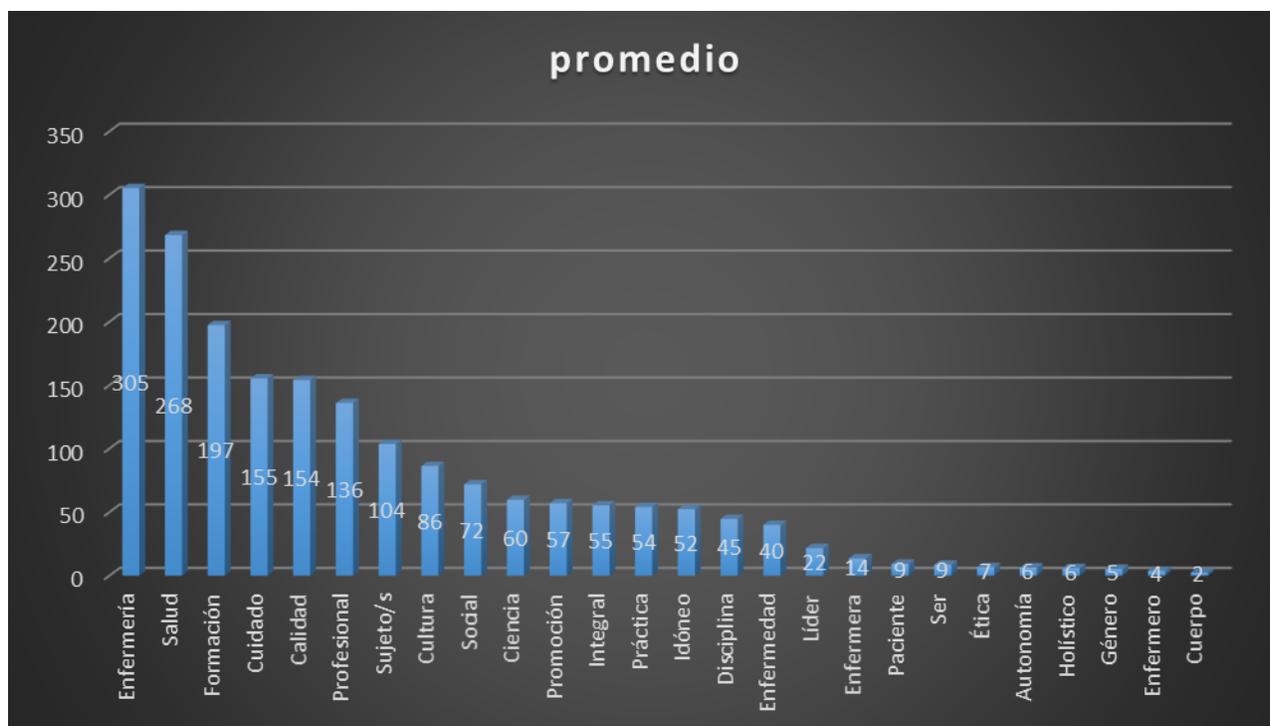


En cuanto al promedio de repetición de las palabras de análisis, teniendo en cuenta los tres documentos analizados (Documento de Registro Calificado de la escuela de enfermería,

Programa Académico Educativo e Informe preliminar de en Acreditación de Alta Calidad 2019); se obtiene la siguiente gráfica.

### Gráfico 5.

#### *Análisis de Promedios*



En el gráfico, se puede observar que la palabra cuidado ocupa el cuarto lugar con un porcentaje de repetición de 8.1% y un promedio de frecuencias de 155 repeticiones por documento analizado; mientras que la palabra “cuerpo” tiene un promedio de repetición de dos por documento analizado, que la convierte en la palabra que menos aporta al análisis.

El total de registro de referencia entre las tres categorías es:

	<b>Documento Registro Calificado escuela de enfermería</b>	<b>Programa Académico o Educativo (PAE)</b>	<b>Informe preliminar de Acreditación de Alta Calidad 2019</b>	<b>Diferencia entre Informe preliminar de Acreditación de Alta Calidad 2019 y Programa Académico Educativo (PAE)</b>	<b>Diferencia entre Informe preliminar de Acreditación de Alta Calidad 2019 y Documento Registro Calificado escuela de enfermería.</b>	<b>Diferencia entre Documento Registro Calificado escuela de enfermería y Programa Académico Educativo (PAE)</b>
Registros totales	1561	1310	2904	1594	1343	251

Se puede observar que el documento de Informe preliminar de Acreditación de Alta Calidad 2019; tiene el mayor número de registros para las referencias, con un total de 2904, superando a los registros de Programa Académico Educativo (PAE) en 1594; en otras palabras, los registros de Informe preliminar de Acreditación de Alta Calidad 2019 duplican a los registros tomados en Programa Académico Educativo (PAE).

Al comparar la diferencia entre el Informe preliminar de Acreditación de Alta Calidad 2019 y Documento Registro Calificado escuela de enfermería, la cual es de 1343; se puede decir que, los registros de Informe preliminar de Acreditación de Alta Calidad 2019 duplican a los registros tomados en el Documento Registro Calificado escuela de enfermería.

Al comparar la diferencia entre Documento Registro Calificado escuela de enfermería y Programa Académico Educativo (PAE), la cual es de 251; lo que indica que los números de registro para el estudio son homogéneos; es decir, su variación es mínima.

### ***3.1.1. Recurrencias y Significaciones del Discurso en torno al Cuerpo y el Cuidado de la Salud de los Docentes de la Escuela de Enfermería***

Luego de realizar el análisis estadístico simple descriptivo donde se evidenció los grados y frecuencias de aparición de las palabras en los documentos y desde allí se pudieron hacer inferencias sobre la fuerza y la importancia con que aparecen las palabras, la intensidad, la dirección y el sesgo como herramientas del análisis cuantitativo y complemento para el análisis cualitativo en el que se orienta la investigación.

Como resultado de las inferencias que arrojó la frecuencia de las palabras y como se menciona en el análisis de los corpus se pudo agrupar los términos de recurrencia en índices que posibilitaron explorar los discursos de tipo institucional de los docentes en contraste con lo evidenciado en lo teórico y la practica formativa.

De aquí que se entienda que el índice de *importancia o énfasis* muestra los términos de mayor recurrencia demostrados en los documentos como: cuidado, enfermería, profesional, sujeto, salud, formación y calidad. De esta primera agrupación, podemos decir que tienen una gran reiteración, pues los documentos dan importancia al cuidado y la labor de enfermería en relación con el quehacer profesional, las acciones del enfermero y enfermera en el papel del cuidado en los ámbitos laborales y la responsabilidad de la formación de acuerdo con las demandas del contexto. Se comprende que se da valor y reconocimiento al cuerpo formativo de la enfermería que adquiere elementos más teleológicos, es decir, se hace énfasis en el reconocimiento del enfermero/a (como profesional), los atributos que exige la formación de calidad en respuesta a la responsabilidad del cuidado con los sujetos, comunidades y el contexto y de esta manera, reconoce la relación de cuidado se encuentra mediada por el enfermero/a-sujeto donde el término de salud parece unirlos y subyace como el elemento de relacionamiento y de posibilidad de las acciones de cuidado.

Llama la atención los procesos de tipo normativo e institucional que permean la formación profesional en términos académicos que establecen los objetivos propios de la escuela para formar sujetos enfermeros/as integrales como la calidad y el profesionalismo.

No obstante, los documentos guardan elementos que exponen los sentidos que la comunidad educativa perteneciente a la Escuela de Enfermería pretende apostar en términos de proceso pedagógico, enseñanza-aprendizaje y valores de significados de la profesión que determinan la concepción del profesional de enfermería que se forman en coherencia al contexto y situación social en relación con la identidad heredada de la historia. También, los propósitos institucionales, que permiten inferir los significados ocultos que ponen en manifiesto enfoques, perspectivas, posiciones y hasta ideologías con respecto a lo que es cuidado, salud y profesión en clave de coherencias prácticas y teóricas. En ese orden de ideas, es preciso preguntar ¿Si las afiliaciones de sentido que emergen de los documentos provienen de una funcionalidad documental? o ¿realmente son producto de una lógica gremial que se estructura a partir de mediaciones simbólicas de la enfermería?

Por otra parte, en el índice de *dirección o sesgo*, se reconocen términos como cuerpo, género, enfermero, integralidad, ser y autonomía. Estos parecen ser palabras que guardan un desequilibrio frente a la esencia de la profesión y los discursos de los docentes. Son palabras que deberían nombrarse para caracterizar y explorar los otros sentidos del cuidado y la enfermería, pero que tienen poca trascendencia en los documentos. Si bien, es lo que se esperaría en este tipo de documentos, lo que emerge, es que hay una especificación de un tipo de profesional que se pretende, bajo la identidad uptecista, y esto determina una manera de entender y comprender las dinámicas corporales y procesos de cuidado, tanto en los docentes como en los estudiantes del pregrado, o sea, hay unas formas diferentes de exponer al mundo académico, la imagen de enfermera y enfermero ideal y no precisamente desde el ser, cuerpo o la autonomía.

Sino desde la noción del cuidado integral limitado a la atención en salud, realizado por enfermeros y enfermeras que han sido formados para desempeñarse como cuidadores de sujetos en situaciones producidas por el proceso salud-enfermedad. Un cuidado integral que hace referencia al cuidado de todas las dimensiones del ser humano, pero al parecer no aparece plasmado de manera transversal en los documentos.

Por lo tanto, se visualiza que la interpretación de la integralidad extiende el significado del acto de cuidado a la corporalidad de los sujetos cuidadores y los sujetos de cuidado. De allí que sea posible preguntar si ¿Existe una articulación real entre las apuestas educativas de los documentos y el quehacer basado en la integralidad de la profesión?

Estas palabras que más bien sesgan la mirada pluralista de los cuidados y las bases de la enfermería, tal vez, no trascienden, debido a que existen estructuras de discursos establecidos en la profesión que marcan y asignan características a la profesión y que además direccionan las intenciones para la formación en el cuidado desde lo biomédico y no desde lo humano, lo social y lo cultural.

Lo anterior, es una respuesta a las demandas del mercado, donde se expone un sujeto formado y capacitado para responder a situaciones en salud, especialmente, un sujeto capaz de liderar y realizar tareas de forma efectiva a través de un cuerpo de conocimientos y no un reconocimiento del cuerpo. Se hace énfasis en la ejecución (procedimientos), más bien algo cercano a la perfección, como lo es la pureza del blanco (uniforme) y la mayoría de las cosas que se vinculan con la enfermería y, en esta medida, se va ganando reconocimiento y prestigio por las formas y comportamientos estandarizados y homogenizados que deben aprender para que su desempeño sea óptimo.

Hay una lógica que determina el cuerpo enfermero/a, por ende, las corporalidades de estos mismos, permitiendo que se fracture cualquier tipo de noción de integralidad que se

menciona en los documentos y en la práctica. Ahora bien, sí se evidencia un gran cambio hacia otros aspectos que permiten significar el cuidado como el acto transformador, pero también permanecen aun fuertemente ligados a lo hegemónico, que no logran articularse del todo a la manera como se entiende la idea de otros posibles sujetos cuidadores y cuidados, porque en el discurso se menciona, pero en la práctica se olvida lo integral, generando una divergencia de uso y aplicación del cuidado en los ámbitos de ejercicio del enfermero/a.

Se hace necesario preguntarnos ¿Cuáles son las intenciones que guardan los documentos institucionales con respecto a las categorías de análisis de la investigación?

Por este motivo, el siguiente índice correspondiente a *fuerza o intensidad* devela la poca fuerza o el tipo de intención en el discurso docente con que aparecen las categorías centrales de la investigación y cómo otros términos, emergen con mayor fuerza en dicho análisis.

El término **cuidado**<sup>10</sup> no parece estar relacionado con el cuerpo, sino que, aparece como un concepto abstracto en el discurso de los docentes, su relación parece estar vinculada a la enfermería de forma exclusiva y de manera casi inseparable en las clasificaciones de cuidado de la profesión; por ejemplo: cuidado de enfermería, cuidado integral, cuidado de la salud, entre otros y que amplía el espectro del cuidado, aunque sea el mismo.

El concepto de **género** aparece muy poco en los documentos, como categoría analítica, por el contrario, surge como elemento aislado en la relación cuidado – cuerpo, más bien ligado a quienes se cuida (mujeres y gestantes). Su relación con la enfermería empieza a tener relevancia en las asignaturas donde la mujer se vuelve objeto de estudio como en la asignatura de enfermería mujer y recién nacido y enfermería adolescente.

---

10 Las palabras en negrilla son las de mayor reiteración en los documentos de análisis.

Se evidencia que la palabra **enfermera** es utilizada para referirse tanto a hombres y mujeres del gremio, es una constante en el discurso docente y en la bibliografía en salud. Por su parte, el concepto enfermería aparece en gran medida para tratar de equilibrar el discurso tendiente a lo femenino y salvaguardar la relación esencial con el cuidado (de) enfermería.

Por su parte, la palabra **profesional** tiene gran recurrencia en los documentos y es debido al maridaje con el concepto de enfermería que se vinculan en el discurso para darle relevancia a la profesión y que gana estatus al nombrarse de esta manera, es decir, que el enfermero/a o profesional de enfermería son constantes reiteraciones del discurso que se convirtieron en maneras de ganar reconocimiento social, para mantener algo de poder frente al profesional de medicina y como autorreferencia para otorgarle al cuidado el atributo científico.

El concepto de **integral** se presenta unido a las palabras cuidado y enfermero/a. Su significado se emplea para calificar el proceso de cuidado de enfermería y las características o formación que debe tener el estudiante. Por sí mismo, el concepto de integralidad pierde relevancia y parece no tener cohesión con otros conceptos como persona, sujeto o salud. Como se había dicho anteriormente no hay un sentido del significado plasmado en los documentos.

De igual manera, emergen los conceptos de **líder** e **idóneo** que están determinados por las capacidades y asignaciones para guiar procesos de cuidado de la salud, a los sujetos y poblaciones donde el enfermero/a se desempeñe laboralmente para lograr intervenir en los cuerpos para que prevengan la enfermedad, promocionen la salud a través de la educación en salud y la gestión de planes y programas que promuevan el autocuidado y reduzcan el riesgo de enfermedades crónicas. En otras palabras, el enfermero/a debe ser líder del cuidado de la salud y prevención de la enfermedad y referente para los sujetos que cuida.

La denominación **paciente** ha tenido transformaciones en el discurso al punto de tener muy poca fuerza, pese a que se han hecho esfuerzos para reemplazarla por la palabra **sujeto/s**

que designa una idea más humana de referirse a la persona que se cuida o se brinda cuidado, porque la relación entre ciudadanos/sujetos/personas y los profesionales de enfermería también ha cambiado de manera más horizontal. Sin embargo, es contradictorio encontrar la poca referencia o sentido de esta palabra con respecto al significado de cuerpo, especialmente de otros, la ambigüedad del concepto cuidado en el discurso oral y la poca relación con el sujeto de cuidado en la práctica de enfermería, en algunos casos el término sujeto parece ser usado solo por moda en los documentos y en los discursos de enfermería, pues en la práctica del cuidado sigue conservando su denominación de paciente.

Con el término **Ser** queda la incertidumbre si al estar vinculado con el término de enfermero o enfermera se habla en sentido ontológico general o tiende a reflejar la cualidad de existencia y autonomía propias de la profesión y las personas como, por ejemplo: ser humano, ser integral, ser enfermera, etc. Esta palabra tiene poca mención y deja ambigüedad en los documentos explorados, restándole relación con la esencia humana.

El término **autonomía** aparece muy poco, pese a que el término paciente se ha ido alejando poco a poco del discurso hegemónico. Esta palabra, aparece ligada al papel del enfermero y enfermera en su ejercicio profesional frente a la toma de decisiones en los ámbitos laborales donde se desempeña. No se evidencia este término con el sujeto en su relación de cuidado con el profesional, es decir, el sujeto de cuidado aparece como sujeto, pero desconocemos sus posibilidades. Esta autonomía hace referencia al profesional de enfermería más no a la capacidad de decidir de los sujetos de cuidado.

De este modo, la **salud** emerge como un término ligado a otros conceptos como cuidado de la salud, promoción de la salud, calidad de la salud, entre otros, o para denotar los diferentes campos de desempeño de la profesión como salud familiar, salud mental, salud sexual y reproductiva, salud en el trabajo, etc., que también pertenecen a dimensiones del ser humano.

La **salud** y la **enfermedad** también son conceptos dominantes en el discurso enfermero/a debido a que se convierte en una reiteración por el mismo cuerpo de conocimientos heredados del componente biomédico; por lo tanto, hay una relación causa - efecto en el denominado proceso salud-enfermedad, del cual aparentemente la enfermería es su principal aliada. De esta manera, no se establece cómo o cuál es el papel de la enfermería en el proceso de construcción de salud. Porque solo se utiliza salud en función de un adjetivo: sexual, mental, educación, calidad, etc. que establece unos procedimientos a realizar con fines clasificatorios dependiendo del tipo de intervención en salud.

Los términos **holístico** e **integral** aparecen como sinónimos, aunque el término holístico se usa en su mayoría para dotar de dimensionalidades al ser humano, el término integral contribuye a impregnar de cualidades al acto de cuidado ejercido por los enfermeros/as.

La **formación** se visibiliza para denotar la formación de enfermería que pretende promover la escuela en relación con los sujetos que ingresan a la carrera y al tipo de profesional que se forma bajo dicho proceso, que coincide con la pretensión de formarlos bajo la lógica de disciplina, idóneo y líderes en el cuidado, aspectos analizados anteriormente. Este término acuña radicalmente a una formación específica que define el enfoque, el perfil de egresado y la relación pedagógica entre el ser y el hacer.

Existe relación entre los términos **promoción** y **práctica**. La promoción se evidencia como las actividades para impulsar el bienestar y la salud (saludable) de las personas. El término práctica es recurrente para significar la labor y el quehacer del enfermero/a, o sea que, la promoción funge como un elemento dentro de la práctica que tiene como finalidad las acciones para proteger la vida y/o los cuidados para impedir la enfermedad, más exactamente en el sistema salud y enfermedad. Estos son transversales en los contenidos programáticos, especialmente cuando se hace alusión a la educación en salud, a la enfermería comunitaria y la

salud pública. No aparecen en los componentes clínicos prácticos, pues allí el discurso dominante es el que atraviesa el lenguaje del modelo biomédico e intervencionista.

La **cultura** y lo **social** son términos latentes, que no tienen fuerza en los documentos para denotar los factores que determinan la salud, y que influyen en las concepciones y significados del cuidado aprendido en la enfermería o en este caso para el gremio de docentes de la UPTC.

A modo de conclusión, al ser documentos e informes con fines de acreditación, registro y calidad, guardan una intencionalidad alejada de la realidad de los discursos propios, para dar validez a unos discursos elaborados con fines específicos, pero que igualmente, estos documentos son el reflejo y pertenecen a la validación que hacen los docentes de la Escuela de Enfermería; pues ellos los escriben y aprueban, aunque tenga otros propósitos no académicos.

Para dar cuenta de los significados y sentidos que construyen los docentes de la Escuela de Enfermería de la UPTC, se establecieron dos categorías de análisis central, en este caso cuerpo y cuidado. Las cuales durante su análisis se subdividieron en subcategorías compuestas por grupos de descriptores y más adelante se agruparía por planos clasificatorios.

La siguiente tabla nos permite visualizar los planos en donde se ubican las categorías y subcategorías asociadas a los corpus y el problema de la investigación, las cuales permitieron inferir y acercarnos a las comprensiones de dichos términos en la profesión de enfermería.

### 3.2. Categorías y Subcategorías que emergen del Análisis de Discursos

**Tabla 8.**

*Categorías y Subcategorías que emergieron del análisis*

Planos	Categorías	Subcategorías	Comprensión
Personal	La autoexpropiación del cuerpo enfermero/a		La despersonalización que sufre el cuerpo en la formación y práctica profesional hace que el cuerpo se vea como una máquina de procedimientos y rutinas. Implica expropiarse de las formas de sentir, actuar y conocer. La autoexpropiación es el primer paso de la despersonalización, el desconocimiento de sí mismos y es el origen del cuidado violento y fragmentado.
		Conciencia corporal	Hace referencia a la posibilidad de reconocer el propio cuerpo para cuidar el de los demás (empatía). Cuando se tiene conciencia corporal se visibiliza el cuerpo de cuidado dotado de múltiples dimensiones, lo que permite trascender de la materialidad orgánica a perspectivas de cuidado integrales.
	Conocimiento y representación del propio cuerpo	Imagen corporal de los enfermeros/as	Está ligada a elementos simbólicos que dan sentido a la práctica y el discurso como la identidad. Tiene que ver con las percepciones, los sentimientos y emociones y la manera cómo influyen en el reconocimiento del cuerpo de sí mismo y de los demás. Sirve para reconocer el valor y la importancia del propio cuerpo como vínculo fundamental en la relación con los otros.
		Aprendizajes del propio cuerpo	El reconocimiento de la propia corporalidad: es el aprendizaje que más <i>importancia</i> tiene para los enfermeros/as para que se exprese el cuidado. Es decir, de allí subyace la construcción significativa del cuerpo, que además influye en la manera como se ejerce cuidado en la práctica profesional. Esto permite comprender que el cuidado del cuerpo se relaciona con el cuidado de la salud y no se limita al volumen de este. El aprendizaje se da en el reconocimiento de la autonomía.
	Construcciones simbólicas del propio cuerpo	Cuerpo como territorio	En esta subcategoría el cuerpo se manifiesta como espacio/territorio de <b>soberanía</b> (físico, emocional, simbólico, espiritual) pero también de posesión y

			pertenencia para decidir sobre el propio cuerpo mediado por las normas y espacialidad del poder de decidir: ¿Quién? ¿Cuándo?, ¿dónde? y ¿cómo? que emergen entre el deber y querer ser. <i>Nota: Al hablar de soberanía, se conecta con el plano político.</i>
	Del cuidado de los órganos al cuidado como acto relacional		Es la reflexión personal por superar el cuidado biomédico de la práctica que reduce el cuerpo a patología y anatomía y al cuidado a lo material. De esta reflexión se evidencian líneas de fuga hacia posibilidades de un cuidado relacional, en donde el cuerpo es eminentemente esencial en el relacionamiento que se genera a través de la relación intersubjetiva entre el sujeto cuidador y de cuidado, haciendo que la cercanía, el vínculo y la autonomía se establezcan como componentes del cuidado para la transformación.
	Significados de autocuidado en el cuidado de la salud	El cultivo de sí	El cultivo de sí se entiende como la posibilidad de cuidar la autoimagen, sentimientos, emociones, es decir, es crear relación de bienestar de manera consciente con el propio cuerpo. El cultivarse tiene una relación directa de autoanálisis y autoconocimiento del cuerpo, para que, a partir de allí, se pueda generar vínculos de cuidado con los otros y con el entorno (ambiente) que lo rodea.
		Cuidado de sí	Surge como alternativa al autocuidado y se enfoca en acciones voluntarias mediadas por la autonomía y decisiones para el mejoramiento de la salud, y la prevención de la enfermedad, el cuidado del cuerpo para cuidar de la salud del ser humano. En esta categoría se promueve la conexión entre los discursos y la práctica de enfermería.
	Posibilidades y sentidos del cuerpo frente al cuidado	Cuerpo como referente en la toma de decisiones	El cuerpo es un determinante importante en la toma de decisiones que refieran al cuidado. La autonomía y la autoimagen permiten la construcción de sentidos y significados que dan valor a las decisiones que atraviesan el cuerpo en el acto de cuidado como un escenario de posibilidades o de negación de las mismas subjetividades.
		Capacidades corporales	Se establece como la posibilidad de ejercer su <b>derecho</b> a definir cómo se cuida y quiere que lo cuiden (sobre su propio cuerpo), especialmente porque el cuerpo tiene la capacidad de comunicarse

Político			con los otros, con el mundo y actuar en él a través del cuidado.
	Desconocimiento de corporalidades diversas	Reconocimiento corporal	Hace referencia a pensarse bajo elementos de diversidad, derechos, sexualidad y ciudadanía que en este caso no cobran importancia para la comprensión del cuerpo y, por lo tanto, llevan al descuido del propio cuerpo, al desconocimiento de cuerpos distintos, los cuales se vuelven instrumentos de cuidado con una enorme carga simbólica de lo biológico.
	Representaciones violentas del cuerpo sujeto de cuidado	Cuerpo cuidado es intervenible	Se ve al cuerpo del otro como objeto de un alguien NO autónomo y vulnerable, es objeto e instrumento a la vez, enmarcado dentro del proceso salud – enfermedad que centra al cuerpo en las necesidades principalmente físico-biológicas.
	La intimidad como necesidad de protección corporal		Existe una conexión entre la autonomía y la intimidad de la persona (tanto para el sujeto de cuidado como para el sujeto cuidador). Los enfermeros/as ven la intimidad como un derecho fundamental de los sujetos que reciben cuidado para salvaguardar el cuerpo y su autonomía, debido a que se exponen y se vulnera en los cuidados y la atención en salud. Sin embargo, la intimidad no solo es un elemento en el discurso, sino también una necesidad que requiere el proceso de cuidado.
	Giro de sentido de los discursos hegemónicos	Del cuerpo fragmentado al reconocimiento de la (propia) corporalidad.	Es la idea que toma fuerza para reconstruir y visibilizar los discursos propios que transforman los elementos dañinos para dar posibilidad al cuerpo de ser cuerpo implicando el reconocimiento de sí mismo. Desde esta perspectiva, el giro del discurso empieza a trascender de lo patológico a lo integral que da sentido a la esencia del cuidado y la práctica profesional.
	Nociones del cuidado de la salud y la vida	Cuidado como acto reparador	El cuidado es un acto reparador de los elementos dañinos que afectan al ser humano como las enfermedades, la violencia, la contaminación, y las transforma en posibilidades de existencia más humanas. Se configura en la protección de la vida, la recuperación de la salud, el mantenimiento del cuerpo y el bienestar social.
El cuidado de la vida		El cuidado reconstruye el paradigma médico para posicionarse en el cuidado de la vida como la denominación más grande para las y los docentes en	

			términos de significado y relevancia, pues en la vida se encuentra la salud. Se cuida la vida porque se cuida el cuerpo y allí se instalan los procesos de salud y enfermedad.
	La necesidad de cuidar al otro	Necesidades del cuidado	Va de una idea de cuidado como impulso/ vocación /intuición/ ayuda a una idea de proceso de comprensión de sí mismo y del otro, y no de apropiación del otro, mediado por el vínculo generado en el acto de cuidar donde convergen aspectos afectivos, actitudinales y la necesidad de comprometerse en el cuidado tanto para la enfermera/o como para el que recibe el cuidado.
Normativo	Herencias de la enfermería que domestican el cuerpo del enfermero/a	Cuerpo disciplinado	Está ligado a las herencias de la profesión de enfermería (militar, religioso y femenino), que resguardar en los cuerpos de los sujetos enfermeros/as la identidad que las forja para convertirlos en un vehículo de percepción de signos y síntomas y ejercer cuidado atado al lenguaje estandarizado. Volviéndolos sujetos con cuerpos mecánicos y adecuados para la obediencia y útil para su quehacer profesional.
		Cuerpo domesticado	Esta idea ubica al cuidado en lo doméstico otorgándole al cuerpo la categoría de inferioridad. Al mismo tiempo de un cuerpo sumiso y que elabora comportamientos y actitudes para ganar reconocimiento social y conservar el estatus científico.
	El cuerpo enfermo como centro de lo biomédico		Norma que define lo que deben hacer los profesionales de enfermería: basada en el modelo biomédico: fragmentación e invasión, suplir necesidades, uso excesivo de procedimientos en el cuerpo. Que además miden a los enfermeros/as con base en el seguimiento, las intervenciones, los procedimientos, programas, leyes, normas y guías, que definen lo que tienen que hacer para devolverle el estado de salud al cuerpo: volverlo saludable. Parece que el cuerpo cobra importancia en la lógica de sano – enfermo.

Sociocultural	El cuerpo fragmentado, vulnerable y recipiente: ¿sujeto u objeto de cuidado?		Es la concepción que define al cuerpo como contenedor para los órganos y al ser un compuesto de varias partes puede ser separado y dividido para intervenirlo y cuidarlo, lo que lo hace vulnerable y necesitado de cuidado. El cuerpo es una entidad individual que aparece como instrumento y objeto de cuidado. Es una idea construida socialmente, permeado por las tradiciones y las cosmovisiones culturales.
	Imaginarios y representaciones sociales del cuerpo		El reconocimiento y autorreconocimiento del cuerpo está cargado por estereotipos e imaginarios socioculturales que giran en torno a lo religioso, lo bello, la maternidad, la sexualidad y el amor y surgen de un consenso social y de las representaciones simbólicas que se atribuyen como importante para la medicina y la sociedad.
	La perspectiva de género en el vínculo cuerpo-cuidado		El cuidado tiene una lógica femenina que definen al cuidado con características de corporalidad cercana, mantenimiento de la vida, la maternidad, la fertilidad que son establecidos por el sistema sexo-género que les asigna significado y valor a los individuos e instala un orden simbólico del cuidado en la sociedad. El cuidado es sinónimo de mujer, lo que lo reduce a ámbitos secundarios e infravalorados por debajo del acto de curar desempeñado por los médicos, en su mayoría hombres. El cuerpo subyace como una construcción del género, y en ese sentido hablar de cuerpo supone un análisis del género.
Filosófico	Significados del cuerpo: ¿entre el dualismo, el todo y las partes?		El cuerpo toma distintos significados que van desde la dualidad cuerpo – alma, pasando por la concepción de totalidad definido como una unidad finita y limitada que funciona como conjunto de piezas. Estos significados de lo simbólico del cuerpo lo hace un concepto difícil de definir, por lo menos desde una sola perspectiva. Por lo tanto, el cuerpo es sujeto de las impresiones individuales que los mismos sujetos le dan a la vida.
	Cuerpo elemento de vínculo y		El cuerpo es un vínculo exclusivo y necesario para comunicarse con los otros,

	relación con el otro		con el mundo y consigo mismo. Es un medio que favorece las interacciones y los compromisos afectivos para la construcción de relaciones dialógicas y la socialización entre las personas. El cuerpo es una prolongación de los otros y existe gracias a ellos. El sentido de la alteridad permite deconstruir la organicidad exclusiva del cuerpo.
	Cuerpo punto de partida del cuidado		Se entiende que el cuerpo se vuelve un elemento fundamental para el cuidado, más allá de ser una entidad física orgánica, porque el cuerpo y el cuidado son una diada recíproca necesarios para comprender lo social y las vulnerabilidades de los sujetos. Es decir que, el cuidado debe coexistir en el cuerpo para servir de punto de partida en la comprensión de los elementos que condicionan a los seres humanos.

Para dar cuenta del proceso de análisis de los corpus, se presenta a continuación la descripción y análisis de los datos que se llevó a cabo por medio de las categorías centrales y subcategorías que se articularon por medio de planos, aclarando que dicha comprensión se realizó a través de preguntas inductivas<sup>11</sup> que permitieron el acercamiento a los sentidos y significados de los discursos a partir de los procesos de codificación y categorización, así mismo los tejidos entre categorías posibilitó el surgimiento de una red axial como resultado del proceso analítico.

La tabla anterior, muestra la relación que surge de las categorías y subcategorías al establecerse bajo aspectos ubicados en planos que dan sentido a lo dicho por los docentes en la investigación, los cuales organizan la comprensión de la información.

---

<sup>11</sup> La descripción y análisis de cada categoría y subcategoría se realizó a manera de pregunta con la intención que revelaran los relacionamientos y posibles elementos que se articulan con los discursos alrededor de las categorías.

### **3.3. Aproximaciones que surgen del Análisis**

La red axial surge como ejercicio para intentar conectar las categorías y subcategorías emergentes y problematizarlas a través de preguntas que permiten entender que no son categorías aisladas e independientes, sino por el contrario, definen, alteran e intervienen una con la otra para darle forma a los conceptos de cuerpo y cuidado, estas preguntas van respondiendo a posibles tensiones que se generan al relacionarse entre sí. En el diagrama se visualiza que existen conexiones directas e indirectas que se expresan a través de este tejido que recoge las voces de los participantes y pone en evidencia una compleja trama alrededor del problema.

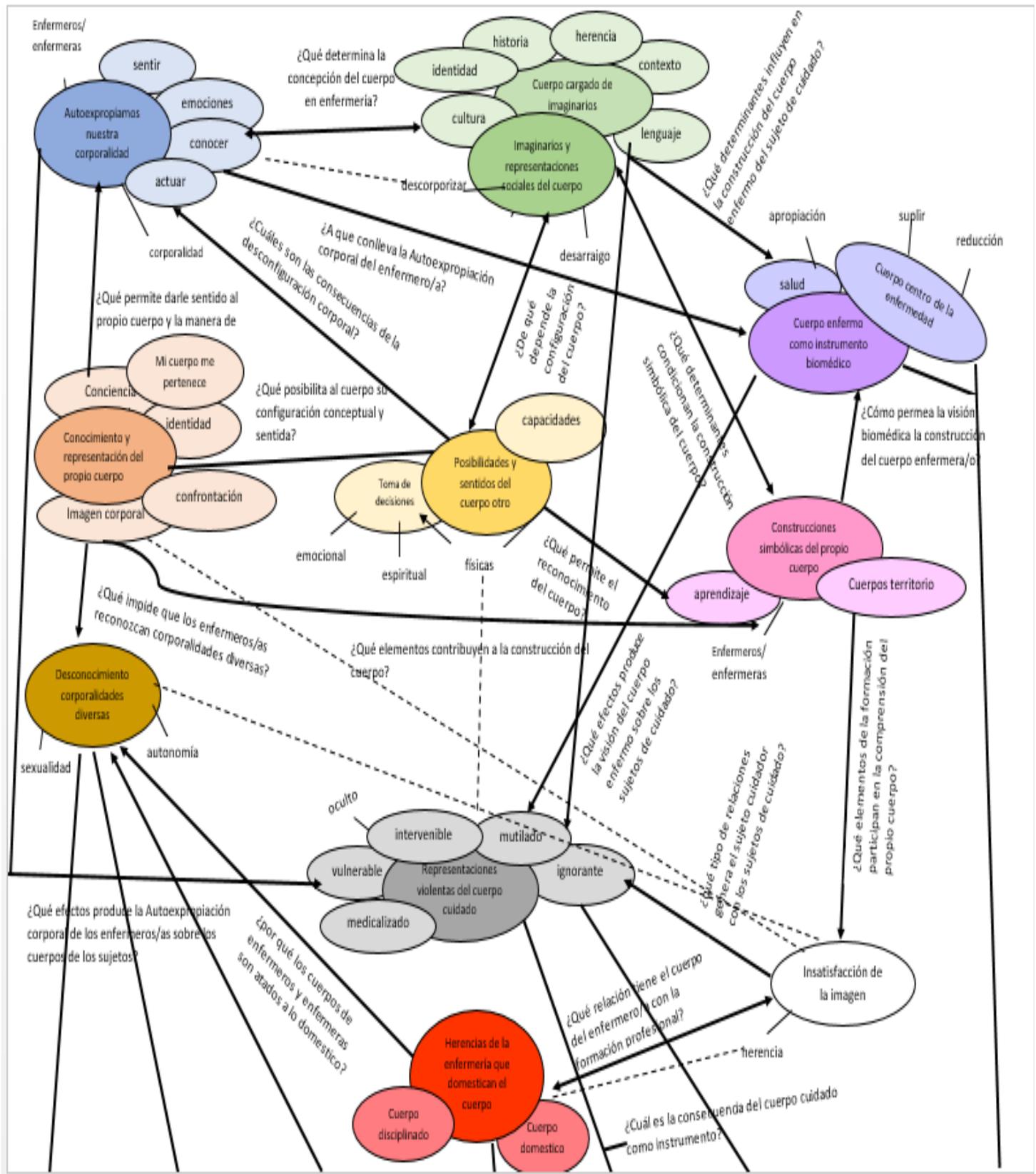
Una vez tejida la red axial, se procede a intentar responder las preguntas que conectan las familias de categorías y subcategorías para empezar a desentrañar lo que oculta y no se hace tan evidente en los discursos y textos. A continuación, una breve explicación de cómo leer la red axial:

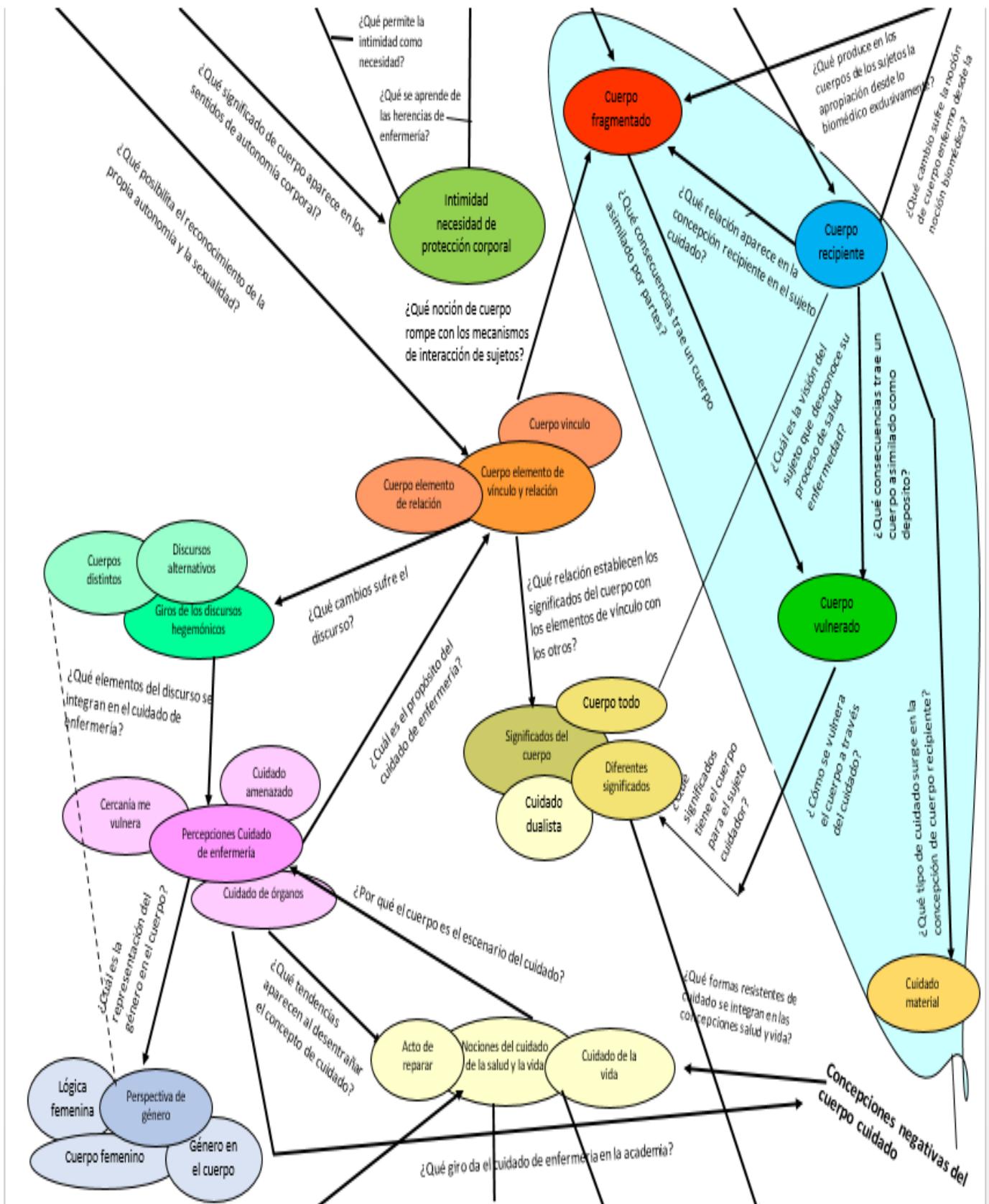
En la red no hay un inicio ni un final, es un tejido cerrado e interconectado entre las categorías emergentes, las cuales se conectan a través de líneas que orientan y dan sentido a los vínculos para su interpretación de manera directa. Los círculos de mayor tamaño encierran las categorías principales, mientras que los círculos pequeños son las subcategorías que componen a dicha categoría, el ovalo gigante agrupa varias categorías las cuales parecen pertenecer al mismo origen que las causa. Las líneas más gruesas representan una fuerte afinidad y conexión entre categorías, mientras las líneas delgadas suponen una relación débil o casi imperceptible. Por su parte las líneas punteadas son conexiones que el autor identifica pueden existir, aunque no sean evidentes en los discursos, es más una inferencia a partir de los datos. Las líneas cortas suponen las causas y los agentes implicados en la aparición de dicha categoría.

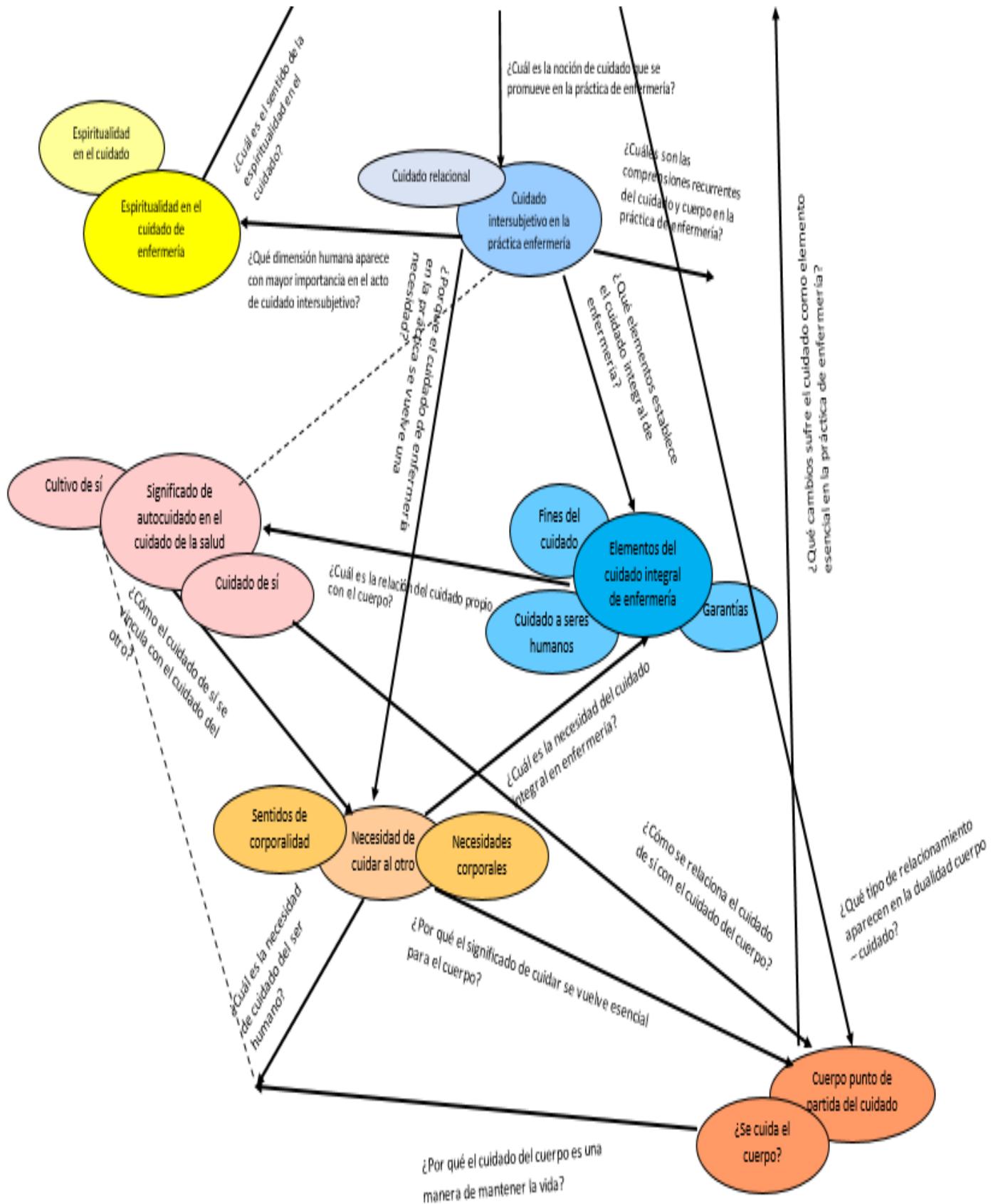
Se debe tener en cuenta la dirección en la cual apuntan las líneas, ya que pueden ser unidireccional, en un solo sentido (unicausal) o bidireccional, en ambos sentidos (multicausal). El autor recomienda leerla haciendo énfasis principalmente en las preguntas que orientan las conexiones entre categorías. Como se menciona anteriormente, este es un ejercicio previo que permite cuestionar y orientar los significados de las categorías obtenidas a partir de un esquema que organiza la información y permite encontrar relaciones ocultas entre las categorías de análisis.

**Figura 4.**

*Red Axial de Categorías y Subcategorías*







### **3.4. Significados y Sentidos sobre el Cuerpo y Cuidado**

#### **3.4.1. Plano Personal**

##### **3.4.1.1. La Autoexpropiación del Cuerpo Enfermera/o. ¿A qué conlleva la autoexpropiación corporal del enfermero/a?**

La autoexpropiación del cuerpo de los cuidadores, en este caso de los enfermeros y enfermeras se piensa que es debido a la despersonalización que sufre el cuerpo en la formación profesional y en la práctica profesional, es decir, se infiere que es resultado del proceso pedagógico de enseñanza aprendizaje, la relación docente – estudiante y los mecanismos laborales administrativos institucionales, donde su principal característica es quitar autonomía al sujeto enfermero/a moldeándolo a las diferentes situaciones, experiencias y discursos que legitiman una única idea de identidad en la profesión.

Aquella despersonalización hace que los estudiantes de carreras de salud durante su proceso de aprendizaje y ejercicio profesional empiecen a adoptar conductas, comportamientos y discursos que los hace olvidarse de sí mismos, de sus ideas, de sus sentimientos, emociones, etc., para convertirse en sujetos en función para otros en el discurso y en la realidad.

Llama especialmente la atención el hecho de que el cuerpo de los enfermeros y enfermeras se vuelve una máquina de procedimientos y rutinas que cumplen funciones específicas netamente asistenciales y administrativas, donde no hay cabida, para ser sujetos distintos a la enfermería. Durante el ejercicio profesional es sujetado como sujeto profesional y eso implica apartarse de los sentimientos, de las emociones incluso de las creencias. Aquí es precisamente el inicio de la descorporización de la enfermería por el control del sistema político - económico y las representaciones socioculturales.

Pese a que hay una manifestación de reconocimiento de errores en la formación de enfermería, la autoexpropiación es el primer paso de la despersonalización y el origen del cuidado violento y fragmentado. Así lo manifiestan:

*“[...] creo que, sí estamos cometiendo muchos errores en la formación de sujetos humanos. Vuelvo y digo, estamos despersonalizando a los cuidadores, entonces eso implica que también nos autoexpropiamos de nuestra corporalidad, de nuestras propias emociones, de nuestras propias formas de sentir, de actuar y de conocer el mundo. Me parece que cuando empezamos a estudiar enfermería o una carrera que tiene que ver con la salud empezamos a desconocernos a nosotros mismos, empezamos a ser un sujeto distinto” (SG001, 7:77).*

**3.4.1.2. Conocimiento y Representación del Propio Cuerpo.** ¿Qué permite darle sentido al propio cuerpo y la manera de percibirlo?

**3.4.1.2.1. Conciencia Corporal.** Aparece la noción y el significado de las enfermeras y enfermeros que tratan de hacer conciencia sobre el propio cuerpo y el de los demás. La conciencia radica en el ejercicio de empatía, en donde se reconoce que la persona es un ser humano dotado de múltiples dimensiones y que al igual que el cuerpo de cuidado, el cuerpo enfermero/a se establece como un cuerpo de iguales, que trasciende de la patología a un entramado más complejo. La conciencia es la posibilidad de reconocer y comprender el propio cuerpo para cuidar el de los demás y cuidar de sí mismo,

*“yo creo que es iniciar por concientizarnos sobre nuestro propio cuerpo, para luego saber que, si nuestro cuerpo siente, tiene miedo, le duele y cómo actuamos frente a ese dolor, frente a ese miedo, frente a la alegría, frente a diferentes circunstancias. Cuando yo me voy a relacionar con el otro o con la otra tengo una persona también que está en la misma circunstancia de sentir miedo, de sentir dolor, de sentir angustias y ya no lo*

*trataría de esa forma, no como un órgano o simple patología sino como una persona en todo [...]” (LH001, 3:16.).*

Desde esta perspectiva, uno de los docentes nos recuerda que la conciencia corporal en la formación de enfermería no es sólo posible en el proceso enseñanza - aprendizaje en la profesión, sino también en las relaciones con los otros y con el propio cuerpo y la salud.

*“Me parece que es importante que las personas que nos formamos en estas áreas de la salud y específicamente de la enfermería tenemos que ser conscientes de nosotros mismos, de mi capacidad, de mi cuerpo, de mi estado de salud [...]” (YB001, 8:44).*

De ahí que, hay un esfuerzo por reconocer la vivencia y sentido del cuerpo, más allá de los dogmas establecidos, que permiten darle proyección en clave de cómo se percibe y analiza el cuerpo desde la enfermería.

Otra docente de la escuela afirma, con respecto a la conciencia del riesgo:

*“[...] con este cuerpo me veo y me siento, entonces no me importa cinco coger una moto y correr como loco, es porque no tengo conciencia de que este cuerpo es importante y valioso y yo soy parte de la configuración de que este cuerpo me permite” (YB001, 8:44).*

Existe una preocupación constante con la realidad que involucra aspectos del ser sobre la existencia, en donde el enfermero se asume como sujeto vulnerable, pues su cuerpo esta mediado por la salud y la que lo hacen consciente de la finitud de su cuerpo y de su existencia, lo que lleva al estudiante o enfermero/a a asumirse como sujeto vulnerable en el ejercicio profesional.

*“[...] la práctica clínica está rodeada de sentimientos, afectos y emociones, porque se interactúa con la persona que se está a su cuidado. Ahí es donde sale a flote la*

*subjetividad y el estudiante se enfrenta a situaciones reales para configurar la experiencia, producto de la confrontación de su ser con la realidad” (ART005, 45:10).*

Se adopta posturas críticas y reflexivas, cuando los enfermeros y enfermeras se asumen como sujetos vulnerables y se reconocen condiciones que están por fuera del alcance de ellos, especialmente en situaciones que movilizan los sentimientos y emociones y traen a la memoria recuerdos significativos durante el acto de cuidado.

**3.4.1.2.2. Imagen Corporal de los Enfermeros y Enfermeras.** Los significados que dan los enfermeros y enfermeras al cuerpo trascienden de cuerpo a corporalidad, es decir, el cuerpo refleja las emociones y sentimientos e incluso la manera como se relaciona con los otros. La forma como se apropia el cuerpo depende de la conciencia corporal y, por lo tanto, se vuelve un elemento indispensable para el reconocimiento de las posibilidades del cuerpo otro y propio y de su misma configuración, que trasciende de lo material y físico para dar espacio a otros elementos que también hacen parte de la condición humana, como las emociones, sentimientos, sueños, proyectos, entre otros.

*“[...] se siente bien, se siente satisfecha con lo que ha hecho, se siente fuerte con lo que han hecho, sí se está planteando también un proyecto de vida, se ésta planteando unos nuevos sueños, se está planteando también nuevas ilusiones, nuevas motivaciones y también permite ver, bueno ir atrás, bueno tuve estas situaciones adversas, tuve estas condiciones, tuve esto, cómo actuar y como me siento hoy. Entonces es el verme fortalecida, verme animada, verme ilusiona” (LH001, 3:31).*

Cuando los docentes explican su noción de cuerpo aparece plasmada la idea del cuerpo como materia viva. Sin embargo, se evidencian transformaciones que contemplan el cuerpo más allá de lo biológico, reconocen el valor y la importancia del propio cuerpo como vínculo fundamental en la relación con los otros, mediado por el principio de autorreconocimiento, que

permite mayor satisfacción con la imagen corporal. Es decir, que la imagen corporal esta medida por el autoconocimiento, la autorrecompensa y la autovaloración como resultado de su trabajo.

*“[...] lo del cuerpo que nunca lo miraba, sino lo que yo te decía, la parte biológica, pero realmente uno aprende con el tiempo que no solo es lo biológico [...]” (ML001, 5:49).*

Los enfermeros y enfermeras manifiestan que muchas veces su imagen y representación corporal cambia y se distorsiona debido a que se usa (apropia) la corporalidad del otro y se olvida la propia. Esto genera miedo al reconocimiento, a la autoexploración y la pérdida de la esencia del ser humano que se traduce en procedimientos y cuidados violentos y maquinarios hacia el sujeto de cuidado y el sujeto en sí mismo. Por ejemplo:

*“[...] una de las cosas que uno encuentra, es el miedo a mirarse, el miedo sentirse, el miedo a tocarse, a reconocerse [...]” (LFB0001, 9:5)*

Sin embargo, no es solo el miedo al propio cuerpo, también a comportamientos y conductas que constantemente en los discursos y la práctica se evitan:

*“[...] entonces, nos volvemos máquinas, entonces vemos en esas personas algo como un objeto, más que un sujeto, que es lo que esperamos que el estudiante tenga como esa, una mayor relación con el otro” (BPO01, 10:12).*

**3.4.1.3. Construcciones Simbólicas del Propio Cuerpo.** ¿Qué elementos contribuyen a la construcción del cuerpo? ¿Cómo permea la visión biomédica la construcción del cuerpo enfermera/o?

**3.4.1.3.1. Aprendizajes del Cuerpo Propio.** Se entiende esta categoría como aquellos elementos que permiten al cuerpo aprender y desaprender de los recorridos y cambios que sufre el cuerpo más allá de lo físico, en donde la autocrítica y la autonomía reclaman

importancia para darle valor a lo propio y lo subjetivo que repercuten en la concepción de salud que tienen los profesionales en relación con el cuerpo.

*“Cuando yo no reconozco mi corporalidad, yo aprendo a reconocer los cuidados en salud sí, eso sí es, porque si tu digamos, has hecho una apropiación de tu corporalidad en términos de que también es lo físico, que también tienes que alimentarte, que cuidarte, hacer ejercicio, bueno muchas cosas que uno no hace, es diferente tu salud, pero tu aprendes ¿por qué? Porque tú también entiendes que el cuerpo hay que alimentarlo si, pero, tu cuerpo también alberga tu ser [...]” (MG001, 4:61).*

**3.4.1.3.2 Cuerpo como Territorio.** En algunos discursos se nombra el cuerpo de manera metafórica como un territorio donde confluyen aspectos de resistencia frente a los mandatos sociales impuestos, la lucha contra la apropiación y manipulación excesiva, pero también como territorio de contradicción de discursos, acciones y sentires.

*“[...] el cuerpo es ese territorio también que permite la contradicción, pero también la resistencia, como frente a la adversidad ese cuerpo se mantiene y mantiene no solamente su salud en términos desde lo biomédicos, sino en términos emocionales, espirituales. De cómo vuelve, de cómo a pesar de todo vuelve a lo que quiere y entre esa lucha entre el deber ser y el querer ser ¿qué surge?” (LH001, 3:33).*

Se visibilizan las reflexiones internas por la excesiva manipulación que se ejerce sobre el cuerpo, atravesado por el renacer, la emancipación y la libertad de decidir sobre el modo de vida y el propio cuerpo, un cuerpo como territorio de soberanía.

**3.4.1.4. Del cuidado de los Órganos al Cuidado como Acto Relacional.** ¿Cuál es la noción de cuidado que se promueve en la práctica de enfermería?

El cuidado relacional emerge como “ponerse en la piel del otro”, es el cuidado de enfermería que por su esencia toma elementos de solidaridad, autonomía y vínculo para lograr actuar de forma relacional y ayudar al bienestar del otro. Este proceso se fundamenta en la relación intersubjetiva entre los sujetos cuidador y de cuidado, y la cercanía que favorece el encuentro como punto relacional.

*“[...] la esencia del cuidado o del ser enfermero es relacionarnos con los otros, con lo otro, es decir el cuidado del mundo. El cuidado es reparar y transformar el mundo y la única forma de reparar el mundo es relacionarnos con ese mundo, por lo tanto, el cuerpo es eminentemente esencial en las ideas de relacionarse, porque no podemos pensar en un cuidado alejado [...]” (SG001, 7:75)*

**3.4.1.5. Significados de Autocuidado en el Cuidado de la Salud.** ¿Cómo el cuidado de sí se vincula con el cuidado del otro?

**3.4.1.5.1. El Cultivo de Sí.** El cultivo de sí en los discursos se refleja como la posibilidad de cuidarse en aspectos que trascienden la materialidad física del cuerpo, es decir, es crear relación de bienestar de manera consciente con el propio cuerpo. El cultivarse tiene una relación directa de autoanálisis y autoconocimiento del cuerpo propio:

*“El cultivo de sí ” se basaba en el principio que hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, los griegos tenían una visión integral de lo que debía ser el cuidado y enfatizaban en la necesidad de cuidar no sólo el cuerpo, sino también el alma”. (PRO04, 18:3)*

Esta categoría es una derivación de la idea de autocuidado médico como única responsabilidad del sujeto de cuidado y rompe con la noción de un cuerpo visto desde la organicidad y materialidad, para centrarse en aspectos muy poco tratados en los procesos de

salud – enfermedad como la autoimagen, sentimientos, la espiritualidad, afecto, relaciones interpersonales, entre otras.

**3.4.1.5.2. El Cuidado de Sí.** Esta noción surge como un acto de reconocimiento propio del cuerpo y como el proceso de toma de decisiones voluntario y personal inherente al ser humano para el mantenimiento de la salud individual. El cuidado de sí emerge como alternativa a la denominación biomédica de autocuidado.

Entonces, lo que diferencia el cuidado de sí y el cultivo de sí es que el primero se enfoca en acciones voluntarias mediadas por la autonomía y decisiones para el desarrollo de la salud, por su parte, la segunda se establece como elemento de introspección que reconoce los alcances y límites como ejercicio para generar transformaciones de manera preventiva en el cuerpo y el entorno, visto de manera integral:

*“[...] el cuidado de si implica tres cosas. Primero como yo me concibo, como yo al mirarme y al permitirme expresarme como soy puedo llegar a cuidar a otros y cuidar al otro tiene que ver con dos cosas, poder cuidar a las personas, al prójimo y el otro de cuidar a la naturaleza y a los animales [...]” (LFBO01, 9:6)*

De acuerdo con la información obtenida para las y los docentes el concepto de Autocuidado debe alejarse de los discursos en la enfermería porque generan responsabilidades individuales a los sujetos sin contemplar los aspectos que los determinan como sujeto en sociedad, los culpa, los vulnera y los asimila a máquinas productivas. De esta forma se entiende el concepto:

*“[...] son todas aquellas acciones que realiza una persona, familia o comunidad por voluntad propia, para promover, mantener y mejorar la salud y el bienestar, previniendo y tratando la enfermedad en caso de presentarse” (PRO04, 12:3)*

*“[...] El autocuidado surge, pienso yo como una forma de hacer un descargo del estado sobre los sujetos a los que ya no puede cuidar cuando empiezan las crisis económicas, entonces dice: “Ah si usted no se cuida es culpa suya que se enferme”, eso pienso que es el discurso del autocuidado está fundamentado en esa lógica [...]” (SG001, 7:79).*

Las nociones de cuidado de sí y cultivo de sí aparecen como elementos resistentes en los discursos de las y los docentes que afirman la idea propuesta por Foucault de cuidado de sí como una práctica permanente de toda la vida, cuya finalidad es la libertad como condición ontológica de la ética para también cuidar de los otros. El cuidado de sí entonces es un acto reflexivo propio que incluye el reconocimiento del propio cuerpo para generar vínculos con la otredad, sin excesos de técnica y despersonalización de los sujetos involucrados en el cuidado.

### **3.4.2. Plano Político**

**3.4.2.1. Posibilidades y Sentidos del Cuerpo Frente al Cuidado.** ¿Qué posibilita al cuerpo su configuración conceptual y sentida? ¿Qué permite el reconocimiento del cuerpo?

**3.4.2.1.1. Cuerpo como referente en la toma de decisiones.** Algunos docentes manifiestan que la importancia del cuerpo es relativa y depende del valor o atributo que se le proporcione, pues en esa medida el cuerpo es dinámico y fluye de diversas maneras y con el tiempo va perdiendo y ganando elementos que determinan la forma como se concibe y como se cuida.

*“[...] depende un poco el peso que tú le des a esa autoimagen para tomar decisiones en tu cuidado que favorezca por ejemplo, pues todo lo que tiene que ver con tu cuerpo, entonces yo pensaría que eso es muy dependiente del valor y del atributo que cada uno le dé a ello, pero dentro de esa misma relatividad podría yo atreverme a pensar que una buena parte de las personas tienen su cuerpo como un referente para tomar decisiones frente a cuidarse o no [...]” (NR001, 6:42)*

Para Zapata (2006) “el cuerpo despliega complejos poderes, deseos y significados que han impedido reconocer que la condición biológica está envuelta en lo social y es a partir de la separación entre la organicidad su materia viva y el hecho social” (p.257) que han surgido los inconvenientes de análisis alrededor de la categoría, por ejemplo, al cuerpo se le han atribuido valores internos y externos mediados por la individualidad y la colectividad que pesan y son definitivos en las maneras como los agenciamientos alrededor del cuidado se instala, tanto en los sujetos cuidadores como en los de cuidado.

Dentro de esta categoría aparece el cuerpo como elemento simbólico que permite el vivenciar humano y la construcción de sentidos y significados como condición para la toma de decisiones. Es decir, el cuerpo y la corporalidad nacen desde los pensamientos y sentires que invitan al conocimiento y al desconocimiento de sí mismo como aspecto de liberación, pero que, esbozan elementos que dan el significado al cuerpo dependiendo de la comprensión de este mismo.

*“[...] el cuerpo puede llegar a ser un determinante importante en la toma de decisiones para decir sí me cuido o no, porque depende un poco del peso que tú le des a esa autoimagen para tomar decisiones en tu cuidado que favorezca, por ejemplo, pues todo lo que tiene que ver con tu cuerpo [...]” (NR001, 6:42)*

A partir del anterior, se evidencia que el cuerpo se vuelve un referente en la toma de decisiones, especialmente en el cuidado de la salud y es por lo que, el cuerpo en tanto grado de aceptabilidad y reconocimiento, los sujetos permiten darle valor a las decisiones que lo atraviesan.

**3.4.2.1.2. Capacidades Corporales.** Los y las docentes reconocen que el cuerpo tiene unas capacidades y habilidades personales que se desarrollan durante la vida, dentro de

esas capacidades tiene la posibilidad de aprender y desaprender elementos sociales que los marcan y los definen.

*“[...] la forma de interactuar con otros seres humanos va a estar a través de las diferentes expresiones que el cuerpo nos dé. Mi cuerpo me indica si tengo las capacidades o las condiciones para cuidarme y así mismo poder cuidar al otro [...]”*  
(YBOO1, 8:44).

Del anterior testimonio, se logra inferir que el cuerpo es una expresión de un conjunto de capacidades que puedan surgir en la experiencia con sujetos. También, es indicador de las potencialidades y debilidades que como ser humano puedo poseer. Así, como se vuelve comunicador de lo que siento como materia viva, lo es también en los otros cuerpos que hacen parte de la configuración como sujeto y profesional de enfermería. Por lo tanto, las capacidades corporales de los enfermeros/as tienen incidencia sobre los otros cuerpos, de los que cuidan.

**3.4.2.2. Desconocimiento de Corporalidades Diversas.** ¿Qué dificulta a los enfermeros/as reconocer las corporalidades diversas?

**3.4.2.2.1. Reconocimiento corporal.** Parte de la esencia de las profesiones en salud es la de volverse sujetos en función de otros y para otros, además cumplir funciones para un sistema y una institución. Esto ha impedido el reconocimiento de cuerpos distintos, de cuerpos propios y complejos, pues en la práctica el enfermero/a se vuelve un sujeto en función de cuidar a otros y olvida que no solo es cuidador o enfermero, sino también un sujeto de derechos, ciudadano, hijo, padre, etc.

*“[...] en el actual sistema de salud un sujeto que sobrevive a partir de los otros (enfermeros/as) tiene unas implicaciones enormes enseñar a ser cuerpo distinto, a ser cuerpo, no distinto, a reconocerse como cuerpo, a reconocerse como humano, a reconocerse como sujeto de derechos, a reconocerse como ciudadano, a reconocerse*

*sexualmente diverso. Por ejemplo, acá en enfermería eso nos ha costado unas cosas enormes [...]” (SG001, 7:77).*

La descorporización que enfermeros y enfermeras presentan al no reconocerse a sí mismos como cuerpo, lleva una carga de descuido irónicamente que acarrea en primer lugar ejercicios de poder abusivos, la falta de empatía y deshumanización. Las principales causas que se pueden evidenciar son que en la enfermería el cuerpo es un instrumento con una enorme carga simbólica que inicia desde la apropiación de la identidad y se extrapola a los procesos afectivos y el cuidado del cuerpo de otros.

El reconocimiento incluso de sexualidades diversas se oculta al punto de negar la propia sexualidad generando comportamientos e identidades múltiples que los sujetos eligen dependiendo del ámbito y el contexto donde se encuentren.

Es tanto la reducción del cuerpo a lo simbólico que la representatividad en signos, síntomas y procedimientos se establecieron por la racionalidad científica del modelo biomédico a lo palpable como lo real (Moreno, 2006) y por esta razón, pensarse bajo elementos de derechos, sexualidad y ciudadanía no cobran importancia para la comprensión del cuerpo. Además, porque enseñar a reconocerse como cuerpo tiene unas implicaciones difíciles e inamovibles, pues romper con el orden moral establecido en la profesión conlleva señalamientos y grandes costos para el sujeto que intenta cambiar.

**3.4.2.3. Representaciones Violentas del Cuerpo Sujeto de Cuidado.** ¿Qué efectos produce la visión del cuerpo enfermo sobre los sujetos de cuidado? ¿Qué tipo de relaciones genera el sujeto cuidador con los sujetos de cuidado?

**3.4.2.3.1. El Cuerpo Cuidado es Intervenible.** Los cuerpos sujetos de cuidado son despersonalizados bajo la mirada del componente biomédico que despoja y expropia el cuerpo denominado como “enfermo”. Este pasa a ser instrumento enmarcado dentro del proceso salud-

enfermedad, que denota la propiedad a los sujetos cuidadores de vulnerar, castrar y mutilar cualquiera característica que le permita resistir frente a las posibilidades propias. Este cuerpo cuidado casi siempre se le expone a la desnudes, se le medicaliza y se le oculta en términos de invisibilizar sus potencialidades.

*“[...] el cuerpo en enfermería es un saco de órganos que tenemos que prevenirles tales cosas, prohibirle un montón de cosas muchas veces sin importar su contexto, sus determinantes, su historia, sus gustos, todo lo que piensa esa persona, todo lo que es esa persona, y sí no es para prevenir alguna enfermedad o promoverle su salud, entonces es sólo para prevenir complicaciones de una enfermedad [...]” (LH001, 3:12)*

Como ya hemos dicho en varias ocasiones, en la enfermería se inscriben un sin número de signos y códigos que crea la noción de un cuidado bajo el asistencialismo, ve a la persona como un objeto con necesidades para satisfacer. Unas necesidades centradas principalmente en el cuerpo físico-biológico, pues esta propuesta responde a un ideal de salud y a la lógica de apropiación biomédica.

En ese sentido, la enfermería en su práctica profesional se ha encargado de darle protagonismo a las representaciones políticas y económicas y bajo esa misma realidad establecer dentro de sus sentidos al cuerpo como objeto e instrumento a la vez, el cual es sujetado bajo la visión biomédica que le expropia sus capacidades de auto-cuidado y simultáneamente pretende curarlo de sus debilidades. Lo anterior le sucede tanto al sujeto cuidado (enfermo-paciente) como al cuidador (enfermero/a), ya que la misma denominación de la profesión viene de una connotación de precariedad: enfermedad.

La dimensionalidad del ser humano pasa un segundo plano, pues no hace parte del mundo físico para intervenirlo, mientras los órganos y partes anatómicas constituyen productos

y además son asignados a categorías de patologías que lo dotan de racionalidad para plantear soluciones e intervenciones.

**3.4.2.3.2. Intimidad como Necesidad de Protección Corporal.** La intimidad aparece como una de las necesidades que más se vulnera en el cuerpo en los ámbitos clínicos. En los discursos los enfermeros y enfermeras ven la intimidad como un derecho fundamental de los sujetos para salvaguardar el cuerpo y su autonomía, debido a que se exponen y se vulnera en los cuidados y los tratamientos en salud. Sin embargo, la experiencia del cuerpo desnudo parece ser solo un elemento en el discurso, pues la intimidad no trasciende más allá de los cuidados sanitarios, se habla, pero no se aplica en la práctica profesional. Se manifiesta en el siguiente testimonio:

*“[...] es muy difícil garantizar la total intimidad del cuerpo del paciente, incluso hoy cuando los profesionales de enfermería coincidimos en que la intimidad no solo es un derecho de los pacientes sino también una necesidad que atender”. (ART017, 43:3)*

A pesar de tener claridad sobre la importancia de la intimidad en el ejercicio profesional, también hay vulneración en la atención en salud, que lo pone dentro de la categoría difícil de garantizar:

*“La intimidad, concepto único para cada individuo, y definida como un conjunto de sentimientos y pensamientos de cada persona, se ve infringida, cuando prevalece la patología del paciente por encima de la integridad del ser [...]” (ART017, 43:2)*

Como derecho se ve empañado por la urgente necesidad de intervenir el cuerpo para mejorar su estado de salud, se vulnera porque el sujeto se encuentra en estado de debilidad y en cuyo caso existe la excusa de la enfermedad para no garantizarla en su totalidad, así sea una idea reiterada en los discursos de la profesión.

Por esto, es importante cuestionar ¿Qué valor le damos a la intimidad los enfermeros y enfermeras? ¿Cómo conseguir que se respete este derecho en ámbitos de la salud? Según López et al (2010) los profesionales deben desvelar algo de su intimidad para poder cuidar:

Los profesionales aluden a la complejidad del concepto por ser algo personal e intransferible, de cada individuo, y con distintas acepciones, dependiendo de las situaciones y contexto en el que se entienda. Lo consideran como algo muy íntimo, que incluye sentimientos, emociones, valores, y que está unido al respeto y a la educación tanto del cuidador como del que cuida. “Es una necesidad de preservar o resguardar parte de ti, ya la historia clínica, algo personal o algo de tu cuerpo, es aquello que no queremos perder, mostrar o que vean (p.5).

Con lo anterior, existe una conexión entre la autonomía y la intimidad de la persona, pues la persona autónoma tiene derecho a decidir qué pasa consigo misma, con su cuerpo, con la información sobre su vida. Así mismo, hay tendencia de los docentes por reflexionar sobre la importancia de la intimidad, en especial la corporal.

**3.4.2.4. Giro de Sentido de los Discursos Hegemónicos.** ¿Qué elementos del cuerpo se integran en el discurso de cuidado de enfermería?

**3.4.2.4.1. Del Cuerpo Fragmentado al Reconocimiento de la (Propia) Corporalidad.** En los discursos de las docentes también hay una idea latente sobre la construcción de cuerpos distintos en enfermería que rompen con una única concepción del cuerpo en la formación de enfermeras y enfermeros, esto es, que trasciendan de la mirada patológica a la noción de integralidad, que conlleven contemplar más allá de lo físico y material: un cuerpo de manera compleja.

*“[...] no se debería enseñar que el cuerpo solamente es biológico, no debemos basarnos solamente en la enfermedad, tal vez es uno de los errores que se tiene actualmente en las escuelas siguen y aquí estamos luchando [...]” (BPO01, 10:12).*

Con lo anterior, se puede evidenciar que el pensamiento enfermero/a a pesar de estar permeado por la lógica biomédica que legitima una identidad predominante bajo la visión de un cuerpo homogéneo, productivo y normado, ha buscado fugas hacia la comprensión de cuerpos distintos, diversos y mixturado que en Colombia efectúan prácticas de cuidado variadas por la diversidad de culturas que se encuentran en el territorio (Cabra & Escobar, 2014 p.61). La contemplación del cuerpo parece entenderse desde la integralidad y no desde visiones reduccionistas permitiendo el surgimiento de formas múltiples de identidad que rompen con la idea del yo como unidad.

En la misma idea los autores manifiestan que

*Lo otro, lo diferente, lo desconocido, lo particular, estalla como posibilidad para formas variadas de la identidad frente al sujeto moderno predominante. En contraste con el modelo racional cartesiano, que configura la identidad de un sujeto logocéntrico exterior a lo corpóreo y lo físico (p.61)*

Simultáneamente surge el sentido de un discurso alternativo en contra de la lógica hegemónica que ha impedido el reconocimiento corporal y que ha permeado la construcción de identidades en enfermería. Este empieza a tomar fuerza para reconstruir y visibilizar los discursos propios que transformen los elementos dañinos y movilicen las subjetividades para dar posibilidad al cuerpo de ser cuerpo y eso implica partir del reconocimiento de sí mismo.

*“creo que a las enfermeras y enfermeros nos tienen que enseñar a ser cuerpos antes que enseñar sobre el cuerpo y ser cuerpo implica reconocerse a uno mismo y creo que ese es un elemento que nos falta enormemente [...]” (SG001, 7:77).*

Es de gran importancia encontrar reflexiones en torno a los discursos de la profesión, si bien estos se tejen en los procesos de interacción social, para dar sentido al mundo, es precisamente en la academia donde se afirman y se comparten ideas de significados que rompen con la esencia de la enfermería, que según Miró (2008) “se ha construido bajo la imagen del médico y la medicina como la autoridad suprema en el ejercicio de cuidado y la construcción discursiva” (p.91).

Es precisamente allí, en esos discursos alternativos y reflexivos donde existe la posibilidad de acabar con los elementos de sumisión e inferioridad para reconocer la labor de enfermería a través de la voz propia de los profesionales, sus aportes a la reparación del mundo y su compromiso con la vida y eso implica apartarse de la idea subyugada en relación con los profesionales de medicina.

**3.4.2.5. Nociones del Cuidado de la Salud y la Vida.** ¿Qué nociones aparecen al desentrañar el concepto de cuidado?

**3.4.2.5.1. Cuidado como Acto Reparador.** El cuidado aparece como un acto integral de calidad que se encuentra basado en la humanización, en la educación y la interrelación entre sujetos y que tiene como esencia de reparar y transformar el mundo.

El cuidado como categoría de análisis es un acto inherente en el ser humano para sobrevivir, ha sido un elemento de configuración de los seres humanos en la protección de la vida, la recuperación de la salud y el mantenimiento del cuerpo. Es tan amplio que las diversas maneras de cuidar permiten entender el cuidado desde su complejidad como un acto integral humanizado.

*“[...] sí creo que el cuidado es el acto de reparar el mundo en qué sentido, no es ponerse curita tipo Mafalda en el mundo destrozado no, es intentar transformar los elementos que nos hacen tanto daño, esos fenómenos que nos implican tantos dolores como*

*planeta, di tú la violencia, di tú las enfermedades, di tu bueno creo que la violencia es una pandemia es un enfermedad horrorosa, di tú la contaminación [...]” (SG001, 7:78.)*

**3.4.2.5.2. El Cuidado de la Vida.** El cuidado ha sido un criterio para distinguir la enfermería de otras profesiones de las ciencias de la salud. El cuidado cumple su función de cuidar el cuerpo (de los sujetos) a través del cuidado holístico que demanda. A pesar de tener múltiples denominaciones y profundizaciones como cuidado de alto riesgo, cuidado humanizado, cuidado de la salud, cuidado particular, cuidado en el puerperio, entre otros. El cuidado reconstruye el paradigma médico para posicionarse en el cuidado de la vida como la denominación más grande para las y los docentes en términos de significado y relevancia, pues la vida hace parte de cualquier situación y experiencia del ser humano, incluso la muerte, que es el estado final de la vida.

Los propósitos del cuidado son tan amplios como sus posibilidades, tiene implicaciones en la vida, la salud y la enfermedad y se afirma desde procedimientos netamente asistencialistas, hasta convertirse en corpus y esencia de profesiones como la enfermería.

*“Si la razón de ser de la enfermería es el cuidado de la vida y en ella la salud, la enfermedad y la muerte, este proceso se concibe inherente al devenir humano determinado por factores sociales, culturales, económicos, políticos, biológicos [...]” (PAE2010, 24:8).*

Esto quiere decir que, el cuidado implica un compromiso con la vida y eso incluye a la humanidad en sí misma, pues el cuidado no pretende sustituir ni suplir, sino más bien ayudar, comprender y contribuir a que los sujetos sean tratados como sujetos de derechos, de respeto y de autonomía, para lo cual se requiere de no solo conocimiento científico, sino de “la actitud de empatía de sentir con el otro” (Medina, 1999, p.31).

**3.4.2.6. La Necesidad de Cuidar al Otro.** ¿Por qué el cuidado se manifiesta como necesidad?

**3.4.2.6.1. Necesidades del Cuidado.** El sentido de cuidar se manifiesta como una necesidad propia de los enfermeros y enfermeras, un impulso que está mediado por la vocación y por el vínculo generado a partir de los sujetos en el acto de cuidado. Dicha necesidad, surge en consideración al cuerpo sujeto de cuidado para ayudarlo a mantener el equilibrio de la salud y resignificar las propias corporalidades. Se entiende el cuerpo como vínculo necesario para el reconocimiento de las vivencias y el encuentro dialógico para la toma de decisiones:

*“Para identificar las necesidades de cuidado en los padres la enfermera utiliza dos recursos en los cuales se fundamenta el cuidado intersubjetivo, la intuición y la empatía las cuales están mediadas por el compromiso afectivo establecido a través de la calidad del vínculo [...]” (ARTO4, 38:13)*

El significado que otorga esta categoría corresponde a un cuidado auténtico que se orienta en la enfermería bajo la idea imperante (impulso) de ayudar y cuidar al otro. Más allá de ser una labor se convierte en un sentimiento que se profundiza en un encuentro humanizado y empático “que tiene como propósito despertar la conciencia del cuerpo del otro a través de la reflexión de los cuidados” (Báez-Hernández et al., 2009, p.3)

En esa medida, el cuidado trasciende de la mera interpretación de los signos y síntomas para convertirse en un proceso dialéctico de comprensión y no de apropiación, donde se generan acciones consensuadas y sentidas para la transformación de elementos que impidan reconocer al cuerpo como un escenario de cuidado, y donde convergen aspectos afectivos, actitudinales y de compromiso, que exploren el significado tanto del profesional de enfermería como para quien recibe el cuidado, que según Zarate (2004):

... de la interacción persona-enfermera, debe crearse un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones (p. 43)

Aunque, esta idea de necesidad de ayudar puede serle funcional a la idea hegemónica que busca asignarle un valor indispensable al diagnóstico médico y al tratamiento farmacológico, pues dependiendo de las circunstancias va a restarle autonomía a la persona que cuida para empezar a suplir la ausencia o intentar reparar lo dañado.

### **3.4.3. Plano Normativo**

**3.4.3.1. Herencias de la Enfermería que Domestican el Cuerpo del Enfermero/a.** ¿Por qué los cuerpos de enfermeros y enfermeras son atados a lo doméstico? ¿Qué relación tiene el cuerpo del enfermero/a con la formación profesional?

**3.4.3.1.1. El Cuerpo Disciplinado.** La noción de cuerpo disciplinado se encuentra ligado a las herencias de la profesión de enfermería (militar, religioso y femenino) debido a que, los sujetos son cosificados para cumplir funciones específicas dentro del sistema de salud, resguardar la identidad que las forja para convertirlos en un vehículo de percepción de signos y síntomas y ejercer cuidado atado al lenguaje y la identidad de la enfermería. Esto hace que la representación de los profesionales ante la sociedad sea de sujetos con cuerpos mecánicos y expresiones disciplinadas de corporalidades.

*“[...] a las enfermeras nos han formado, nos formaron para ser muy disciplinadas, rígidas, estrictas, para caminar finito como decimos, para vestirnos igual, para pensar ese vestirnos igual es un sinónimo de estatus, bueno tenemos todas unas lógicas de corporalidad bien curiosas. Creo yo que, no se han logrado desprender completamente,*

*que se mantienen, incluso que se resguardan como parte de la identidad profesional [...]” (SG001, 7:76).*

Podemos ver que esta categoría se encuentra sustentada por la representación social y profesional en la construcción de la identidad profesional que edifican los sujetos a partir de la realidad. Para Galindo (2007) “la identidad profesional que es vista como la relación que se establece por medio de interacción simbólica entre el profesional con la sociedad, interacción que constituye una relación dialéctica que se configura permanentemente” (p.23) a tal fin que ha modelado los cuerpos de las enfermeras y enfermeros bajo parámetros estrictos de comportamientos, conductas y discursos que resguardan una identidad que ha sido definida por el establecimiento de roles sociales, profesionales y hasta institucionales.

También, paulatinamente se han incluido elementos corporales que han definido la imagen y corporalidad de la enfermería como lo es el uniforme, las prácticas asistenciales y los homólogos del sujeto enfermero/a que ha forjado una imagen social de la profesión no articulada a su esencia y al mundo, desdibujando cualquier idea de diversidad.

**3.4.3.1.2. El Cuerpo Domesticado.** El cuerpo en enfermería está ceñido a ser domesticado como producto de las secuelas de las herencias del pasado que ubican al cuidado en el ámbito doméstico y ejecutado por mujeres. De ahí que se entienda al cuerpo doméstico como aquel que pretende conservar el estatus de la profesión bajo una única identidad para controlar y manejar las emociones, enseñar conductas, comportamientos y homogenizar y tener reconocimiento social de los sujetos que se forman como enfermeros y enfermeras, pues el cuidado ha sido desplazado al ámbito privado y no científico.

*“[...]un cuerpo enfermero es un cuerpo domesticado, es un cuerpo además arraigado muy a lo femenino por lo menos en Colombia, que tiene unas visiones muy dogmáticas*

*altamente atadas a las creencias primero desde lo religioso, segundo desde lo militar que pues obviamente conllevan a tener un cuerpo domesticado [...]” (SG001, 7:76)*

*“[...] la rigidez por ejemplo en nuestras estrictas maneras de pensar que las chicas y los chicos tienen que usar un uniforme o nuestras estrictas maneras de enseñar, ino te sientes así, párate derecho, las enfermeras no usan esmalte, quítate todos esos anillos, que tal esos aretes en una práctica, por favor ese rojo con el uniforme blanco se ve horrible! cuando le decimos del labial a las niñas, o sea todo eso domestica el cuerpo y tiende a lo que te digo, a salvaguardar una identidad, una imagen que se hace en colectivo [...]”(SG001,7:76).*

Aquí vemos la manera como el género ha permeado el pensamiento de la enfermería y cómo los sistemas de salud y educación aún se inscriben dentro de las lógicas que definen los cuerpos de los profesionales en las disputas de ciencia y no ciencia.

**3.4.3.2. El Cuerpo Enfermo como Instrumento Biomédico.** ¿Qué efectos produce la visión del cuerpo enfermo sobre los sujetos de cuidado? ¿Qué cambio sufre la noción de cuerpo enfermo desde la noción biomédica u otras?

Esta categoría se constituye como la apropiación que hace el enfoque médico a los cuerpos de los sujetos para invadirlo, manejarlo, tomarlo como instrumento y finalmente como centro de la enfermedad.

Su principal característica es la de cuidar por partes, fragmentar el cuerpo y donde la anatomía cobra importancia en la creación de diagnósticos médicos con el fin de suplir necesidades de acuerdo con el órgano afectado. Por lo tanto, el cuerpo se vuelve el objeto de trabajo para los profesionales de la salud que hacen uso excesivo de procedimientos y medicamentos en el cuerpo otro. Sus intenciones derivan del paradigma patologicista en el que está presente la dicotomía de sano – enfermo. Al respecto una docente manifiesta:

*“[...] no es solo el tema digamos de las cosas rutinarias o de los procedimientos que tenemos que hacer y que se trabajan y en los que se invade el cuerpo, sino que a veces vamos más allá, invadimos la vida de las personas, los sentimientos de las personas [...]” (LH001, 3:34)*

Además, se ve al cuerpo del sujeto cuidado como recipiente que alberga la enfermedad, este también tiene la connotación de ser intervenido y manipulado con procedimientos con el fin de devolver su estado de salud: volverlo saludable, al cuerpo del otro, pero sin el sujeto mismo del cuerpo. Lo que llama la atención es que hay sensaciones en los discursos donde hay preocupación por el cuerpo del sujeto de cuidado que ignora su conocimiento y sus formas de cuidado propio, a tal punto de considerarlo incapaz de poder resolver su situación de salud y es precisamente desde esa lógica sano-enfermo donde se entiende el cuerpo del sujeto, el cuidado y por supuesto la salud.

*“[...] si hay algo que nos ha marcado en la historia de la salud del mundo no solo para las enfermeras y enfermeros, sino para todo el mundo en salud y es que el otro es un cuerpo que no sabe y es un cuerpo intervenible en salud y como nosotros venimos de una lógica también biomédica pues desde ahí entendemos salud” (SG001, 7:76).*

Los profesionales de la salud se han inmiscuido tanto en la vida de las personas a través de discursos que los dotan de indispensabilidad para el funcionamiento social. Esta lógica de apropiación, donde los profesionales ven a los sujetos como un instrumento permite entender que hay una idea eugenésica, donde ninguna parte del cuerpo puede quedar libre de intervención humana, desde la cabeza hasta los pies.

Así la enfermería ha ubicado al cuerpo enfermo en el centro del proceso para vigilarlo, amputarle su potencial crítico y de una vez por todas contenerlo bajo el régimen biomédico, que desde este punto de vista parece ser el único lugar donde se entiende al cuerpo y el cuidado.

Parece ser que el cuerpo cobra importancia en la enfermedad y alivio de los padecimientos, pues es allí donde las posibilidades de intervenir del enfermero/a son más notables y de mayor reconocimiento social, pues los cuerpos de los otros existirían como objeto de los profesionales de la salud porque están enfermos y por tanto sin poder.

### **3.4.4. Plano Sociocultural**

**3.4.4.1. Del Cuerpo Fragmentado, Vulnerado y Recipiente: ¿Sujeto u Objeto de Cuidado?** ¿Qué produce en los cuerpos de los sujetos de cuidado la apropiación desde lo biomédico exclusivamente? ¿Qué cambio sufre la noción de cuerpo enfermo desde la noción biomédica?

Existe la imagen del cuerpo como conjunto de partes que puede separarse para estudiarlo. Cada parte, cada órgano, cada sistema, si bien funcionan de forma concatenada se fragmentan y dividen para darle importancia al diagnóstico y las intervenciones dependiendo del área o parte afectada y enferma.

*“[...] a nosotros en enfermería nos han enseñado que el cuerpo es un conjunto, un saco de lleno de órganos sí, eso es lo que yo pienso que se nos ha enseñado. Nos hablan de cuidado holístico e integral y que todo está, pero nos fragmentan [...]” (LH001, 3:10).*

En esta categoría se tiene la concepción de que el cuerpo alberga al ser humano y es visto como recipiente material que sirve de contenedor para los órganos que además los protege y los resguarda. Esta función es importante porque la materia viva que lo conforma hace parte de la configuración de cuerpo en la enfermería, especialmente por ser objetivo de intervención del cuidado.

*“el cuerpo es como esa casa en donde esta lo que yo soy como ser, si, digamos que es un espacio físico al que a veces no cuido, al que a veces yo misma no hago respetar de los*

*demás, es cómo esa parte física que alberga lo que yo soy como ser humano, como persona [...]” (MG001, 4:39)*

El cuerpo además de tener una materialidad está expuesto a tratamientos y procedimientos en salud, manipulaciones innecesarias e injustificadas por parte de los profesionales de la salud que vulneran la autonomía y la intimidad de los sujetos de cuidado conllevando atropellos que amplían la brecha entre el cuidado y los procesos de salud y enfermedad.

La expropiación es una consecuencia por la falta de interés por la intimidad en la atención y el exceso de control y poder que se ejercen en situaciones de vulnerabilidad del cuerpo: como lo es en la enfermedad. El cuerpo es vulnerable, además de su condición de “debilidad” debe ser cuidado y suplirle necesidades fisiológicas para recobrar su estado de salud física.

*“[...] el cuerpo que está sufriendo que de alguna forma esta vulnerable en ese momento, como que se despersonaliza, como que lo usurpamos un poco, lo expropiamos, el cuerpo del sujeto cuidado es un cuerpo expropiado [...]” (SG001, 7:76).*

Luego, el cuerpo material, fragmentado y vulnerado hacen parte de las denominaciones que se le otorga al cuerpo sujeto de cuidado en términos de vulnerabilidad, pues estos son susceptibles de ser frágiles por la enfermedad y los problemas de salud. Las concepciones del cuerpo que se cuida casi siempre tienen connotaciones negativas o susceptibles de sufrir daños, le falta, carecen o deben ser intervenidos para recuperarlos. Hay una relación estrecha entre el cuerpo de cuidado con la enfermedad, el riesgo y la medicina, relación que se visibiliza en los escenarios de cuidados bajo la separación del cuerpo físico de sus capacidades y derechos (determinantes sociales).

**3.4.4.2. Imaginarios y Representaciones Sociales del Cuerpo.** ¿Qué determina la concepción del cuerpo en enfermería? ¿Qué determinantes condicionan la construcción simbólica del cuerpo?

El cuerpo está en los imaginarios sociales y culturales, por lo tanto, está cargado de estereotipos que giran alrededor de diferentes factores que convierten a los cuerpos en portadores de historia, identidades, herencias y mensajes que son adaptados a intereses sociales y colectivos.

*“En los procesos de reconocimiento y autorreconocimiento el cuerpo está cargado por estereotipos e imaginarios socioculturales que giran en torno a lo religioso, lo bello, la maternidad, la sexualidad y el amor [...]” (ART014, 36:5).*

Los elementos históricos y culturales marcan hitos importantes en las formas como se entiende y se da significado al cuerpo, que cambia, se transforma y trasciende.

*“[...] el cuerpo hace parte de las representaciones y los imaginarios sociales, que surgen tanto del consenso social como de elementos culturales y simbólicos.” (ART014, 36:12).*

Lo biomédico ha desplazado las tradiciones culturales con las que las personas históricamente cuidaban o daban significado al cuerpo e instalado el pensamiento medicalizado, debido a que, el cuerpo ha dejado de ser de las personas para ser el cuerpo de otros, especialmente, cuerpo de los profesionales de la salud, porque se perpetúa la idea de que la medicina lo resuelve y lo decide todo.

*“[...] hace muchos años de pronto el parir por decir algo, el parir se hacía en los hogares, se hacía en los domicilios se hacía como algo normal de la cultura, hoy en día después de muchos años, entonces el cuerpo ya no se maneja esa parte allá (casa), ya*

*no se maneja esa parte de parto, se maneja en los hospitales, es más biológico, es más médico, esta parte de familia a pesar de que se vincule ya no es tanto [...]” (BPO01, 10:11).*

*Otro docente afirma que:*

*“[...] ahora el cuerpo es generador de vida, pero esa parte del arraigo cultural se está perdiendo, porque nos hemos vuelto más técnicos, nos hemos dejado impregnar más de, pues del enfoque médico que ahorita se está trabajando mucho [...]” (BPO01, 10:11).*

Entonces, el cuerpo se concibe en relación con el entorno geográfico y cultural y resulta determinante para su construcción sociohistórica. En ese sentido su comprensión se vale de los aspectos sociales, individuales, políticos, psicológicos e históricos.

Las formas como la profesión determinan el cuerpo se han establecido bajo unos mandatos de tipo gremial y social que legitiman las concepciones heredadas y adquiridas por la permeabilidad del contexto, la creciente tecnificación y el dominio de la ciencia en la salud. Por lo tanto, hay unas herencias que pesan y que sumado al contexto influyen en la inscripción del cuerpo en los procesos históricos, sociales y culturales que lo significan y es por lo que, en el pensamiento de Bourdieu (1990) el cuerpo se instaure en el mundo social y a la vez el mundo social en el cuerpo, lo que lo hace un elemento de consenso social, cultural y simbólico (Galindo & Herrera, 2017).

**3.4.4.3. La Perspectiva de Género en el Vínculo Cuerpo-Cuidado.** ¿Cuál es la representación del género en el cuerpo?

Algunas y algunos docentes manifiestan que el cuidado tiene una relación directa con lo femenino, pues el cuidado en sí mismo tiene una lógica femenina que se ha construido por el género y los orígenes de su herencia atribuyéndole al cuidado y a la enfermería el sinónimo de mujer, que hacen del cuidado difícil de desfeminizar, pues se concibe que cuidar es fácil.

*“[...] la lógica que nos acompaña es la lógica de las mujeres, una lógica femenina que también está acompañada de lo fácil, es la cuidadora, se pretendía también una mujer de cercanía, la caricia, la corporalidad cercana [...]” (SG001, 7:76)*

Desde el origen de la humanidad el cuidado radica en las mujeres, al ser las primeras cuidadoras por su naturaleza femenina, le fueron asignadas por los hombres las responsabilidades del hogar y, por lo tanto, el mantenimiento de la vida, la higiene, la maternidad, la fertilidad, etc. En esa lógica, el cuidado adquiere elementos femeninos a través de la división del trabajo por el sexo biológico y relegado al ámbito doméstico y privado, ya que se creía que las mujeres eran dotadas de elementos de tipo espiritual y sensitivo que las hacían aptas para ser parteras, curanderas y enfermeras.

A partir de ahí, se han creado unas configuraciones de corporalidades y de sexualidad alrededor de la imagen de la enfermera mujer que han ampliado las brechas entre los sujetos hombres y mujeres que se forman en la profesión. Tanto hombres y mujeres ha tenido que luchar por transformar las connotaciones de tipo social y gremial que surgen de las maneras como se ha entendido el cuerpo en la enfermería y el cuerpo en el cuidado a raíz de la categoría género.

Como se ha dicho, el papel del género ha marcado a los cuerpos de los enfermeros y enfermeras por medio de dominaciones e incoherencias en el lenguaje, poder y normas que afectan las maneras de representar y actuar con el propio cuerpo y acercarse a los cuerpos otros, debido a que hay un sistema sexo-género que le asigna significado y valor a los individuos instalando un orden simbólico en la sociedad.

Algunas docentes manifiestan preocupación por la falta de implementación y análisis de los temas de enfermería con enfoque de género, puesto que, el significado del cuerpo subyace

como una construcción del género y además porque el género surge como categoría analítica de los fenómenos que pretenden controlar los cuerpos por su sexo.

*“[...] El tema del género es muy importante porque nos habla de cómo se construye socialmente, culturalmente políticamente las personas [...]” (LH001, 3:45).*

En este mismo sentido, Butler (2009) afirma que: “lo femenino, ya no parece ser una noción estable, debido a que su significado es tan problemático y vago como el de mujer” (p.38). En esa relación cuerpo-género es posible evidenciar que el cuidado se establece como sinónimo de mujer. Al ser una profesión mayoritariamente de mujeres, los significados y sentidos del cuerpo bajo representaciones sociales se crearon con la idea de la mujer enfermera desde la cercanía y afecto, pero además desde una corporalidad que demostrara su profesionalismo y disciplina corporal, cobijada por la ambivalencia de ser y parecer femeninas, pero también enfermeras, madres y esposas. De esta manera, es que el uniforme se vuelve un elemento simbólico que ha repercutido en la forma como las enfermeras y enfermeros comprenden y significan el cuerpo y las corporalidades:

*“[...] teníamos incluso que generar unas brechas, unos obstáculos que nos impidieran a nosotros ser lo suficientemente femeninas para no ser atractivas y para que no nos catalogaran como zorras con el uniforme que tiene además toda una connotación erótica muy mal creada en el medio, pero lo suficientemente cercanas para que nos vieran como cuidadoras empáticas, entonces imagínate esa lucha interna que hemos tenido que llevar las enfermeras durante años y eso tiene que ver con las maneras como entendemos el cuerpo y como entendemos el cuidado[...].” (SG001, 7:76)*

Estas lógicas sobre el cuerpo en reconocer la mujer en su papel de enfermera por sus características atribuidas al cuidado se han naturalizado tanto que, es algo aceptado socialmente. El sexo se convirtió en norma clasificatoria para establecer diferencias entre

hombres y mujeres y con esto perpetuando relaciones asimétricas de género. Bajo esta mirada, las mujeres y enfermeras han condicionado y asumido el cuerpo como una categoría de inferioridad por su rol de mujer, madre, enfermera, partera, pues el acto de cuidado ha sido reducido como secundario, prevaleciendo en superioridad el rol de curar, asignado a los médicos, en su mayoría ejercido por hombres.

### **3.4.5. Plano Filosófico**

**3.4.5.1. Significados del Cuerpo: ¿Entre el Dualismo, el Todo y las Partes?** ¿Qué relación establecen los significados del cuerpo con los elementos de vínculo?

Para algunos docentes el cuerpo tiene diferentes significados y se asemeja a un conjunto de muchas cosas que lo componen, coinciden en esta denominación que le otorga el contexto y especialmente el componente médico en salud.

*“[...]es como un conjunto de muchas cosas, como la parte física, mental, la parte biológica que es la que generalmente decimos que por salud es la que manejamos [...]”*  
(MLO01, 5:31)

La noción de cuerpo dualista entiende al cuerpo como un elemento por fuera de sus afectaciones o también como causa y efecto de propiedades externas. En esta noción, se divide al cuerpo como materia viva y al “ser” como atributo adaptativo que no puede ser palpado. Sin embargo, juntos conforman una unidad dialéctica indisoluble. Así:

*“[...] cuerpo alberga tu ser y ese ser también hay que alimentarlo y todo es como un círculo ¿no? Entonces yo me nutro, pero también me tengo que nutrir lo que yo soy como ser humano [...]”* (MGO01, 4:39).

Esta dualidad de cuerpo y ser tiene un fuerte lazo con la idea de cuerpo del antiguo mundo griego, en donde se veía el cuerpo como un contenedor de otros elementos,

principalmente el alma, entendida como algo sustancial no tangible. El cuerpo para filósofos como Aristóteles se definían a partir de la dualidad materia (cuerpo) y forma (alma) y donde el cuerpo al servir de vehículo se vuelve función para y por el alma, es decir, un medio para la vida (Gómez & Sastre, 2008).

Frente a la diversidad de significados alrededor de cuerpo, surge el de cuerpo como un todo compuesto de muchos elementos que lo hacen una unidad finita y limitada, es decir, el cuerpo configura las representaciones sociales, culturales, emocionales, individuales de los sujetos y al mismo tiempo es elemento de relación con los otros.

*“Bueno, si tuviera que hablar del cuerpo bueno diría que, es un todo ¿no? Yo siempre he pensado que el cuerpo es un todo en términos de integralidad, hace parte de lo que soy como historia, como sujeto humano, sujeto de derecho, sujeto histórico, como ciudadana, como mujer [...]” (SG001, 7:73).*

Estas dos nociones que aparecen en los discursos de las docentes hacen parte de las concepciones que en salud son muy reiterativas, principalmente porque el cuerpo es simbólico, se extiende a corporeidad, no se reduce a un espacio definido, es dinamismo y energía constante. (Duch & Mélich, 2005, p. 23). Ese mismo dinamismo lo hace un concepto difícil de definir.

Por su parte la idea de cuerpo como conjunto retoma elementos del utilitarismo tecnológico, en donde el ser humano a través de sus partes y dimensiones funciona como un conjunto de piezas independientes entre sí, el cual es dividido, pero que unidas conforman una máquina corporal con fines productivos. Lo anterior, es secuela del pensamiento cartesiano que dicotomiza el cuerpo - cosa y el cuerpo – objeto.

Ahora bien, el cuerpo como todo permite entender que es un sistema de procesos complejos que deben mantenerse en equilibrio e interacción constante, fluido y concatenado en

su totalidad. Desde cada parte de su condición orgánica y material hasta su componente abstracto no tangible, el cuerpo es un solo ser, es una unidad indivisible con características únicas que lo diferencian, aunque se compartan atributos que definen a los humanos. El cuerpo es sujeto de la misma vida.

Esta noción es muy importante encontrarla en los discursos pues hace parte de las formas resistentes que las enfermeras y enfermeros tratan de aproximarse a los cuidados y a los sujetos de cuidado.

**3.4.5.2. Cuerpo Elemento de Vínculo y Relación con el Otro.** ¿Qué relación se genera en la comprensión del cuerpo como vínculo del cuidado?

El cuerpo tiene una dimensión subjetiva que le permite comunicarse con los otros y con el mundo. Al tener esta cualidad adquiere elementos de la cercanía para vincularse con el contexto por medio de la socialización que acceden contemplar significados más allá de la dimensión orgánica. Es decir, un cuerpo que no es solo entidad corpórea, sino que además tiene una función comunicativa y de servicio en colectividad para la comprensión de las diferencias otras y propias.

*“el cuerpo es básicamente un vínculo exclusivo, un vínculo necesario entre la idea de ser enfermero o enfermera y poderse comunicar con el mundo, comunicarse con los otros, comunicarse consigo mismo [...]” (SG001, 7:75)*

También, el cuerpo se ve como un medio que favorece la interacción y establecimiento de compromisos afectivos con los otros. Su función generadora de vínculos favorece la posibilidad de construir relaciones dialógicas y emotivas, al mismo tiempo que es mediador entre compartir, socializar experiencias y cuidar. Por lo tanto, el cuerpo toma elementos para representarse con las otras personas y así ser cuerpo para sí mismo y para otros también.

*“El cuerpo es el instrumento que uno tiene para vivir la vida, para compartir, para socializar con las demás personas y que es a pesar de que uno socializa con las demás personas es algo individual [...]” (LFB001, 9:1).*

Tanto es la idea que relaciona el propio cuerpo con el de los demás que se despliega la idea de cuerpo por fuera de la materialidad que lo constituye y se expande más allá de sus límites espaciotemporales.

Por lo tanto, al ser el cuerpo permanente relación con los otros, el cuidado recoge elementos de la interacción entre sujetos para adherir a su esencia mecanismos de vínculo y actos relacionales. No hay cuidado que no implique sensibilizar el cuerpo y no hay momento para un cuerpo sin cuidado.

**3.4.5.3. Cuerpo Punto de Partida del Cuidado.** ¿Por qué el significado de cuidar se vuelve esencial para el cuerpo? ¿Por qué el cuidado del cuerpo es una manera de mantener la vida?

El cuerpo se vuelve un elemento fundamental para el cuidado, más allá de ser una entidad física orgánica, el cuerpo hace parte de la comprensión que surge del acto de cuidado con fines transformadores. Los sujetos que interactúan no dejan de ser cuerpos en una realidad subjetiva que tiene significados dentro de una condición corpórea, pero también sentido para un contexto social.

*“[...] es que es tu cuerpo, es el que te lleva, te trae, te hace sentir, te hace palpar, en fin, pero es esto cierto lo que está allí que es importante. Entonces yo pienso que en la enfermería tanto en la formación como en el ejercicio profesional hay muchos elementos que tienen que reforzarse, que tienen que hacerse evidentes para que tomemos conciencia [...]” (YB001, 8:44).*

En el mismo tono, el cuerpo refleja muchas cosas, y tiene múltiples interpretaciones, sin embargo, para algunos docentes es un permanente cuestionamiento y un motivo de búsqueda de respuestas, especialmente, porque el cuidado demanda realizar reflexiones en torno a su esencia para tomar decisiones que permitan la autonomía y la dignidad de los sujetos más allá de los elementos materiales y culturales que conforman el cuerpo, y que tiene implicaciones en los procesos de aprendizaje y enseñanza.

*“[...] uno sabe que uno apunta a todo y que de una u otra manera pensándolo bien ahorita con la pregunta que tú me haces debería ser como... el punto de partida del cuidado... ese es el problema de los profesionales de salud que nos encasillamos en “el debería ser o el ideal” y eso les enseñamos lamentablemente a ustedes ¿cierto? [...]” (MLOO1, 5:36).*

De igual modo, el reconocimiento del cuerpo se hace necesario para el cuidado, porque este conduce a prácticas de cuidado a partir de sus mismas capacidades. Por esto, es necesario recurrir a la propuesta de Maldonado (2019) sobre una antropología del cuidado que desde el inicio es una antropología corporal para que sirva como punto de partida para repensar la responsabilidad con los otros cuerpos y tome en cuenta la exposición social del cuerpo más allá de los significados socioculturales y discursos institucionales consolidados. Dado que, según Maldonado (2019) citando a Muñiz (2011) “el cuidado trasciende de una práctica social, siendo una práctica corporal que condensa efectos, procesos de materialización y actos performativos a la normalización del sujeto” (p.218).

**CAPITULO 4.**  
**Discusión:**  
**Lo Comprendido**

La presente investigación tuvo como propósito analizar las recurrencias y significados del cuerpo y el cuidado en los discursos de los docentes de la Escuela de Enfermería de la UPTC. En este capítulo se examinarán las relaciones encontradas entre los planos de sentido y las diferentes categorías y subcategorías.

En el plano personal los datos muestran que las recurrencias en el discurso están centradas en el cuerpo<sup>12</sup> y no tanto en el cuidado y menos en la relación de cuerpo-cuidado. En referencia al cuerpo la información obtenida señala diferentes maneras de cómo los docentes se conciben desde su ser cuerpo y aspectos contradictorios entre sí. Por un lado, a partir de la despersonalización y la autoexpropiación, y por el otro, desde la empatía. Entre ellas transita la imagen corporal que da sentido al discurso y a la identidad, los aprendizajes del propio cuerpo con la corporalidad y la conciencia corporal que se manifiestan en el reconocimiento del propio cuerpo y del otro.

En la primera referencia, lo que impide darle sentido al propio cuerpo y a la manera de percibirlo se relaciona enfáticamente con la despersonalización que sufre el cuerpo en la formación y práctica profesional de los enfermeros/as. Se alcanza a entender como una máquina de procedimientos y rutinas, lo que significa expropiarse de las formas de sentir, actuar y conocer. Esta idea es soportada por Romero (2007) quien fue docente de la Escuela de Enfermería y manifiesta que el cuidado en enfermería está constituido por la expropiación de la esencia de la profesión, es decir, la relación intersubjetiva entre enfermera/o y paciente, la cual se agudiza en la medida que gana valor el objeto sobre el cuidado del sujeto.

En segunda instancia se refiere a los elementos simbólicos que tienen los cuerpos para dar valor y reconocer otros aspectos que configuran el cuerpo como vínculo fundamental en la relación con los otros. La conciencia corporal posibilita aprender el cuidado intersubjetivo que

---

<sup>12</sup> Del total de referencias cuantitativas, se encontró que solo el 0,2% se refieren a cuerpo en los documentos escritos.

debe surgir en el acto de cuidado y contribuye a la ejecución de cuidados más integrales y a darle sentido al discurso en relación con la práctica. En términos de Cabra & Escobar (2014), el concepto de sentido del cuerpo o conciencia corporal hace parte de las maneras como se vivencia el cuerpo y la conciencia de dichas vivencias, es decir, donde converge la pluralidad de dimensiones del ser humano para hacer del cuerpo una experiencia más allá de su materialidad biológica.

Si bien, la corporalidad no se limita al volumen del cuerpo, si aparece ella como realidad subjetiva que se fundamenta en los aprendizajes y vivencias que posibilitan el cuidado del propio cuerpo (Montenegro et al, 2006). A partir de dicho reconocimiento de posibilidades corporales donde subyace la construcción significativa de los docentes, que permite entender el cuidado del cuerpo como esencia de la enfermería y el cuidado de la salud como componente vital de la condición material del cuerpo humano.

De lo anterior se visualizan elementos que permiten la construcción simbólica del cuerpo, que derivan en aprendizajes propios que buscan la autonomía y aquellos intersticios de libertad en donde el sujeto enfermero/a asume su corporalidad como territorio de soberanía, de capacidad de decidir el destino de su cuerpo y resistir a las normas del poder, porque el aprendizaje se adquiere en el reconocimiento de la autonomía como implicación para la elaboración de sentidos corporales en la formación profesional. Cuando el cuerpo se territorializa (apropiarse), aprende la importancia de la autonomía en el vínculo cuerpo – cuidado.

Para los y las docentes, el cuerpo lleva un significado simbólico, emocional y espiritual. Ellos identifican la percepción sobre su propio cuerpo, el sentido de territorialidad que le otorga funciona en relación con lo planteado por Milán (2017), en donde “el cuerpo como producción discursiva del territorio propicia un sentido de posesión y pertenencia territorial. Este

sentimiento se construye tanto desde la representación física propiamente dicha, como desde una representación más intelectual y espiritual” (p.158), que es construido socialmente y además mediado por la espacialización del poder.

Sobre el cuidado<sup>13</sup> en este plano se habla muy poco, pero lo manifestado es clave para entender que hay fugas a la comprensión del cuidado como acto relacional, que no es posible cuidar sin recurrir al cuerpo, debido a que la noción de cuidado que se promueve en los discursos es básicamente relacional, ya que, a través de atributos como la cercanía, la generación de vínculos y la autonomía propician conexiones con los cuerpos de quienes cuidan. Lo anterior, se refleja en la idea de Merleau Ponty al establecer la relación entre el cuerpo y la corporalidad, en donde la idea de la conciencia corporal o del sentido del cuerpo ligada a lo que llamamos corporalidad emergen del “contenido social del cuerpo, donde bullen las percepciones, la sensibilidad, las emociones y la sensibilidad en tanto producto social y condición de posibilidad del sujeto” (Pedraza, 2004, p. 68). El cuerpo es horizonte de la percepción, incluso para el autor toda conciencia es siempre una experiencia que posibilita la comunicación con el mundo, el cuerpo y el cuerpo de los otros (Merleau-Ponty, 2000, p. 113).

Así mismo, el cultivo de sí y el cuidado de sí afloran en los discursos como formas de cuidar del propio cuerpo sin olvidar el cuidado de los otros y que además pone de manifiesto la idea de cuerpo y de libertad como una condición ontológica que transita entre la ética, la otredad y la transformación de elementos que contribuyen al bienestar físico y social. Lo anterior se enlaza con la idea de Foucault (1994): “El cuidado de sí es un acto ético en sí mismo, que implica relaciones complejas con los otros” (p.263).

---

<sup>13</sup> Pese a que la palabra cuidado ocupa el cuarto lugar con un porcentaje de repetición de 8.1% y un promedio de frecuencias de 155 repeticiones por documento analizado.

De la misma manera, Luque (2010) en su investigación, plantea una categoría del cuidado de sí y el conocimiento de sí, como una alternativa de resistencia a los discursos de poder que, resignifique la noción de cuidado más vinculado al cuidado mutuo y al eros.

Con la idea anterior, los discursos de las y los docentes sobre el cuidado permite comprender que el cuidado como elemento relacional no solo implica una acción o movimiento sino también una actitud, que en palabras de Orrego & Ortiz (2001) en gran parte debe ser asumida por el sujeto cuidador.

La construcción de la heteronomía en salud comienza cuando los mismos profesionales de enfermería dejan de controlar la naturaleza, las condiciones, la finalidad de su trabajo y del propio cuerpo toman elementos de excesivo altruismo para combatir los diferentes fenómenos y situaciones que demanda la práctica con los sujetos, produciendo en ellos la despersonalización de sí mismos y olvidan que son sujetos también de cuidado y afecto. En contraposición a lo anterior debe permitirse un equilibrio que se sostiene con la denominación de Collière (2003) quien afirma que el cuidado debe ser un acto liberador apoyado en las fuerzas y capacidades de los sujetos (cuidador y de cuidado) y además posibilitar el despliegue de la autonomía para que las personas asuman las decisiones en su propio cuidado y por ende se entendería que también de su propio cuerpo.

Finalmente, las características del discurso de los docentes sobre el cuidado y el cuerpo en el *plano personal* remiten a la contradicción entre su cuerpo/su propio cuidado y el de los otros (¿debe ser autoexpropiado el propio cuerpo para poder cuidar de otro, de los otros, de otros cuerpos?); entre la despersonalización y la empatía; entre el reconocimiento de sí mismo y el reconocimiento del otro cuerpo; entre el propio cuerpo cumplidor de procedimientos y rutinas y la necesidad de ser cuidado, reconocido, amado, también; entre el cuerpo como expresión de la integralidad del ser y el cuerpo como un objeto/carne/fragmentos/volumen; entre la

autonomía/ agencia/ libertad/ resistencia y la despersonalización, expropiación, desterritorialización del propio cuerpo y de los sujetos de cuidado.

Sobre el plano político los discursos de la relación cuerpo-cuidado cobran gran importancia porque el cuerpo se vuelve posibilidad y sentido que orienta el cuidado, siendo este un referente para la toma de decisiones de los enfermeros/as, pero también un escenario para ejercer el derecho a cuidar y a decidir sobre el propio cuerpo. Este sentido del cuerpo le otorga la capacidad de comunicarse y de actuar en el mundo. Es por esto, que el cuerpo sirve de puente entre el cuidador y los otros sujetos. Según Pérez (2008) “el cuerpo es un medio de comunicación entre nosotros y el mundo” (p.203). Lo que conlleva analizar y cuestionar los alcances y/o límites que contribuyen a que las capacidades corporales se adhieran al cuidado integral que se habla en la profesión, pues el cuerpo ejerce toda su potencialidad significativa para actuar en el mundo, cuidar los cuerpos y aportar al bienestar de los demás.

Desde estas posibilidades se vislumbra que desde lo político, el significado del cuerpo de los enfermero/as no existe un imperativo por pensarse bajo otros elementos que permitan reconocerse como sujetos de derechos, de ciudadanía y sexualidad, es decir, aparecen como elementos aislados en las compresiones del cuerpo y el desconocimiento de lo distinto, la idea de homogéneo permanece latente y de esta manera la visión de un cuerpo enfermo y distinto subyace en la idea fragmentada y vulneración, pues este se ve como objeto e instrumento de un alguien.

Esta visión produce en los sujetos cuidadores la necesidad de intervenir el cuerpo especialmente cuando está enfermo, puesto que la lógica del enfermero/a para lo que ha sido formado responde al proceso de salud-enfermedad que produce en los cuidadores el derecho o la propiedad de intervenir el cuerpo debilitado, en términos Walder (2004) el cuerpo se ha

convertido en objeto de consumo y un icono de intercambio, pues ha pasado de ser un referente físico a ser producto para el mercado, es decir, un saco manipulable y débil.

A pesar de que el cuerpo de cuidado toma una denominación de inferioridad, en los datos de los discursos, se evidencia que hay una conexión entre autonomía y la protección de la intimidad corporal como derecho tanto para el que cuida como para el sujeto cuidado. Ya que el cuerpo es salvaguardado por su debilidad en las apropiaciones corporales que sufren en la atención en salud, generando una idea de reconocimiento de autonomía por parte de los enfermeros/as que reconocen la intimidad como el componente de protección de la exposición que sufre el cuerpo en la atención en salud ejercida por los profesionales.

En ese mismo sentido, los discursos de los docentes sobre el cuerpo comienzan a girar hacia concepciones más integrales donde los sujetos enfermeros y enfermeras han transformado sus discursos y prácticas en posibilidades para el reconocimiento del cuerpo y más aún reconstruir elementos hegemónicos para darle sentido a la esencia y su quehacer profesional. Lo anterior se apoya en lo que propone Castro (1996), quien manifiesta que los profesionales de la salud deben visibilizar su propio cuerpo y lograr sobrepasar las limitaciones de lo biológico y dimensionar lo humano, lo político y social como parte integral del cuerpo. Y además reflexionar y ser conscientes de los discursos que subvaloran la autonomía para hacer partícipes al otro/s en sus propias decisiones de cuidado.

De ahí es posible entender que en dichos discursos aparecen nociones sobre el cuidado como un acto reparador de los seres humanos que a través de la preservación de la vida, los profesionales contribuyen a reparar los elementos dañinos que aquejan a los sujetos, como la violencia, las enfermedades, las desigualdades y de esta forma convertirse en un criterio que define y diferencia a la enfermería de otras profesiones, pues la acción de cuidar en la enfermería no es instrumental, y por lo tanto, radica en el acto humano que denota. Para

Patterson & Zderad (1979), el cuidado como el encuentro entre el sujeto cuidador y el sujeto de cuidado, implica una elaboración intersubjetiva determinada por un lugar y un tiempo y además con una finalidad clara: recuperar el bienestar. En ese sentido, el cuidado trasciende de la alteración fisiológica corporal, para instalarse en procesos más dinámicos y existencialistas que adquieren un compromiso con la vida y la humanidad misma.

Por lo tanto, el significado del cuidado como acto político dentro de la comprensión discursiva no supele, no sustituye sino más bien ayuda y comprende que los demás son sujetos de derechos y como tal, deben ser tratados con respeto y autonomía en una relación horizontal donde existe una necesidad y un impulso por parte de los enfermeros/as de cuidar que trasciende de la vocación para centrarse en los vínculos generados a partir de los mismos seres humanos.

En suma, en el *plano político* se evidencia que el discurso parte del reconocimiento 1) de las posibilidades del cuidado para la construcción de capacidades para ser/ hacer/ transformar/sentir/pensar/ agenciar y superar la fragmentación en pedazos de cuerpo biológico/enfermo/objeto de intervención y sin capacidad para decidir; 2) de la capacidad del cuidado como acto reparador, no solo de pedazos de cuerpo, sino como mediador de procesos más dinámicos y existencialistas que adquieren un compromiso con la vida y la humanidad misma; 3) del derecho a la intimidad: la propia y la de los sujetos de cuidado y 4) de la capacidad del Cuidado para generar vínculos entre los humanos.

En cuanto al plano normativo los datos arrojan que hay una dominancia en los discursos sobre la categoría de cuerpo, no se visualizan discursos sobre cuidado y mucho menos sobre cuerpo y cuidado. Frente a la categoría de cuerpo se hace énfasis en los elementos que permean los cuerpos de los enfermeros/as para moldearlos a las representaciones que surgen de la misma identidad que construye los docentes y los estudiantes durante la formación profesional.

La relación que tiene el cuerpo del enfermero con la formación profesional deriva de las repeticiones que hacen los discursos académicos para resguardar herencias de la enfermería que domestican el cuerpo de quienes deciden formarse enfermeros/as. Desde esta perspectiva aparece que los cuerpos de los profesionales son atados a lo doméstico y a lo disciplinado.

La idea de lo doméstico se debe a que el cuidado es ubicado socialmente en una categoría de inferioridad, además de ser ejercido por mujeres. De ahí que las interpretaciones a raíz de dicha denominación se desplacen a lo privado y a lo no científico. Por lo tanto, los profesionales comienzan a realizar acciones para ganar reconocimiento científico y estatus social apoyado por el modelo biomédico que le otorga científicidad y masculinidad. Cuando esto ocurre el sujeto enfermero/a pasa a ser un objeto para otros: sistema, institución, personas, lo que en términos de Herrera (2018), significa que es modelado por un "otro" siempre y cuando este "otro" posea un poder y discipline a un sujeto, al igual como se domestica a un animal, una especie de condicionamiento oculto en las relaciones de poder" (p.107). En esos relacionamientos son permeados el pensamiento de la enfermería, los sistemas de salud y educación por lógicas y estrategias, que inscriben y definen los cuerpos de los profesionales en las disputas de ciencia y no ciencia.

La definición de cuerpo disciplinado responde a las herencias pasadas de la profesión (militar, religiosa y femenina) que resguardan lógicas de corporalidades *rígidas* y de la identidad profesional. Estas representaciones del cuerpo en gran parte se conectan por las representaciones sociales que dan valor a los sujetos a partir de comportamientos, lenguajes y acciones no articuladas a la esencia del cuidado, por el contrario, el cuerpo al disciplinarse se vuelve una máquina que expande su poder en los cuerpos de quienes cuida. Así lo afirma Herrera (2018) parafraseando a Foucault (2002):

Se infiere que el Cuerpo en la medida que es disciplinado aumenta la producción exigida, además aumenta su capacidad “útil” y disminuye su autodeterminación, pues delega la fuerza de su Cuerpo a la voluntad de un “otro”: de esta manera el sujeto se “cosifica”, ya que, al perder su capacidad de independencia, el Cuerpo no puede emanciparse. Cuando se disciplina el Cuerpo el alma se hunde en las condiciones sistemáticas reiterativas de un proceso que aniquila la voluntad individual, y el cuerpo recibe indicaciones para convertirse en una máquina (p.106).

El objetivo del disciplinamiento según los autores y en relación con los discursos obtenidos es volver al cuerpo adecuado y obediente a las órdenes que se le entregan y útil en su quehacer, homogenizándolo a las condiciones que el poder requiera. En otras palabras, el cuerpo es el foco del poder, perteneciente a una anatomía política (Foucault, 2002, p. 83).

Frente a los reduccionismos corporales que se efectúan bajo elementos históricos de la misma profesión, se producen efectos sobre el cuerpo de los sujetos de cuidado que visualizan la apropiación del componente biomédico para invadirlo, verlo como instrumento de cuidado y finalmente como centro de la enfermedad. El cuerpo es intervenido debido al proceso de enfermedad que cursa el sujeto que lo hace vulnerable, o tal vez en términos de Parsons (1972), es la enfermedad la que conlleva una amenaza de orden social y moral.

Es así como el cuerpo de cuidado en este plano se vuelve objeto de trabajo para enfermeros/as y además se vuelve norma que define lo que deben hacer: suplir necesidades, devolver el estado saludable, realizar procedimientos, invadirlo. Bajo este imperativo de regular las acciones, también los mide con base en los protocolos, leyes y normas que define lo que deben hacer y hasta lo que deben no hacer y ser los enfermeros en las acciones de cuidado. Condicionantes que restringen la posibilidad de ser y de actuar en el cuidado de forma diversa a la establecida.

El párrafo anterior se sustenta en lo encontrado por Suarez (2010), donde precisa que los profesionales de la salud se conciben y producen de manera fragmentada por medio de la tradición biologicista, el cuerpo como sinónimo de pecado, deseo y placer, la dominancia del discurso científico, médico y racional. Lo que le permitió comprender que la materia discursiva atraviesa y constituye a los sujetos cuidadores como máquinas, donde el cuerpo, el discurso y la normalidad son elementos homogenizantes y totalizantes de las acciones y de los sujetos que se denominan pacientes.

En todo caso, pese a que en este plano la dominancia discursiva se centra en el cuerpo, y en la profesión a pesar de ser el cuerpo la unidad de análisis profesional, este resulta invisibilizado en los significados otorgados en los discursos de los docentes. Ya que parece que el cuerpo solo cobra importancia en la lógica del proceso salud-enfermedad, tanto para el cuidador como para el sujeto cuidado.

En síntesis, en el plano normativo se muestran elementos heredados que en primera medida influyen en la construcción disciplinada de los cuerpos de los sujetos enfermeros/as, básicamente ligados a lo femenino, militar y religioso que resguardan atributos para definir el cuerpo enfermero/a como reflejo de la identidad colectiva gremial, determinar el cuerpo como vehículo de percepción anatómica y sensorial, hacerlos útiles y adecuados para la función del cuidado asistencial (de mayor reconocimiento); lo que implica ubicar al cuidado entre la dicotomía de lo doméstico y lo científico para ganar reconocimiento profesional y social reflejado en la disyuntiva entre la enseñanza teórica y práctica del cuidado.

Por otra parte, normar al cuerpo del sujeto de cuidado en el centro de lo biomédico que define las acciones de cuidado profesional y procedimientos médicos que deben realizarse en el cuerpo enfermo, debido a que estas acciones cobran importancia en la recuperación de la salud ¿El cuidado se vuelve importante cuando el cuerpo está enfermo?

Por otra parte, en el plano sociocultural derivan los factores y determinantes que influyen en las concepciones de cuerpo y cuidado. Los datos muestran que el cuerpo sufre un cambio de significado permeado por la noción biomédica que se instala en el cuerpo para fragmentarlo y vulnerarlo, en donde el cuerpo transita entre ser sujeto y objeto de cuidado a la vez.

El significado de cuerpo en este plano recibe la connotación de ser frágil atribuido por la enfermedad que se le asigna socialmente bajo connotaciones negativas de invalidez, de contagio y susceptibilidad. La enfermedad le otorga debilidad al cuerpo al mismo tiempo que lo separa de sus capacidades de cuidado y también de sus derechos de decidir sobre él, ya que la enfermedad tiene como cualidad expulsar a los sujetos de los ámbitos normales de la vida y además situarlos en las fronteras de la vida (Scheper-Hughes, 1997). En efecto, el cuerpo queda reducido a su figura retórica del discurso y a la representación dada por el medio: una cirugía, el dolor, medicamento, al órgano y parte anatómica, que según Walder (2004) la sociedad del mercado ha encontrado en el cuerpo y en sus débiles condiciones y necesidades que satisfacer, de las cuales no hay ninguna capacidad de control. El cuerpo hoy es una entidad individual y su única posibilidad de integración social es mediante la apropiación de símbolos y comportamientos proporcionados por el mercado (p.17).

En consecuencia, para Arcos & Galindo (2010), lo que ha fragmentado al ser humano es la concepción biologicista del cuerpo que ha permeado la historia y vivencias del cuerpo enmarcado en prácticas de cuidado, en donde los sujetos son suprimidos, ignorados y olvidados. Argumento que permite comprender la idea del cuerpo y la fragmentación de la salud que, en la enfermería lleva una carga de descuido irónicamente, ejercicios de poder abusivos, falta de empatía y deshumanización en el encuentro de cuidado. El cuerpo se volvió instrumento y objeto de cuidado para los profesionales de enfermería.

En segunda instancia, la existencia social y cultural de concepciones ha condicionado la construcción del cuerpo y dependen de los significados estructurados de manera situada y contextual. Debido a que, los discursos cambian, evolucionan, reproducen y guardan elementos que se vuelven indispensables para darle sentido al cuerpo social. De ahí que el nivel de indefinición expuesto en los profesionales de la salud para entender el cuerpo orgánico dentro del cuerpo social.

El cuerpo desde el análisis de datos, evidencia que está enmarcado en los imaginarios sociales y culturales, cargado de estereotipos y representaciones que giran en torno a la belleza, la maternidad, género, sexualidad, amor y la religión y que según Cabra y Escobar (2014), “dan cuenta de los atributos y significaciones que le conferimos en estrecha relación con las nociones de sujeto enunciadas” (p. 18).

El cuerpo instaurado en el mundo social se vuelve un elemento de constante cuestionamiento, pero a la vez es diverso en significados que legitiman y absorben desde las herencias y la permeabilidad del contexto y de los mismos elementos construidos sociales, culturales, institucional y académicamente.

De acuerdo con este planteamiento, la representación del género en el cuerpo de los enfermeros y enfermeras empieza a cobrar importancia en la comprensión de aquellos elementos corporales, simbólicos y discursivos que envuelven las representaciones de estos profesionales. Esta categoría en la enfermería surge de forma recurrente en los datos para el análisis del vínculo cuerpo – cuidado en la profesión.

En síntesis, el cuidado tiene una lógica femenina que se ha construido principalmente por el género, atribuyéndole sinónimo de mujer. En especial, las mujeres por su doble condición de ser mujeres y además enfermeras, es decir, cuidadoras. Los hombres por su parte han tenido que resguardar una imagen de invisibilización, mediado por el lenguaje sexista y androcéntrico

que desconoce el papel y habilidades del hombre en el cuidado. En todo caso, la mujer parece ser la causa de subvaloración de la profesión (Galindo & Herrera, 2017, p.187).

Debido a que el sistema sexo-género le asigna significados y valor a los individuos y en esa misma línea a los cuerpos y las relaciones que derivan de él, ya que instalan un orden que define normas en la construcción social, cultural y políticamente de las personas y además aceptadas coherentemente que muestran cómo la relevancia del género y la institucionalidad se establecen como componentes enajenadores y de mecanismo de control de la profesión (Castro, 1996).

En esas relaciones que suscitan los elementos sociales, se encuentran los códigos y símbolos que refuerzan la forma como se comprende el cuerpo y el cuidado, es así como en la enfermería el uniforme de color blanco ha servido para la diferenciación y asimetría de los roles profesionales y bajo esta clasificación al cuidado en categorías inferiores y secundarios, prevaleciendo en superioridad la actividad de curar de los médicos.

Estas formas de expresar las corporalidades en la enfermería han reforzado la imagen estereotipada y los valores negativos que circula en los medios y la industria sobre el cuerpo de los enfermeros y enfermeras como la representación sexual del uniforme blanco y la mujer, la invisibilización del cuidado de los hombres e incluso la reducción del quehacer profesional en función del discurso médico (Corral et al., 2012, p.77). Sin embargo, es incoherente encontrar que, en la profesión mayoritariamente femenina, no se logre reflejar las necesidades de los análisis en torno al cuerpo en los discursos. El cuerpo subyace como una construcción del género, y en ese sentido hablar de cuerpo supone un análisis del género.

En resumen, en el plano sociocultural se reconoce que el discurso docente se encuentra permeado por las tradiciones sociales y culturales, en donde el mismo es visto como necesitado de cuidado y en esa medida se establece como instrumento para cuidar y objeto de cuidado de

enfermería. Al establecer las relaciones entre cuerpo y cuidado se evidencia que existen imaginarios y representaciones del cuerpo que lo definen, lo determinan y construyen su significado de acuerdo con símbolos que se estructuran para darle valor a la materialidad y funcionalidad social. Por consiguiente, el cuidado al ser definido socialmente dentro del sistema sexo-género con características femeninas, es reducido e instalado en un orden simbólico en la sociedad que implica asignarle a los cuerpos y a las profesiones significados y valores a los individuos.

En el plano filosófico, los datos muestran mayor recurrencia en la relación cuerpo-cuidado, donde se establecen diferentes significados del cuerpo otro y el propio en los enfermeros/as. A partir de los datos se evidencian significados provenientes del pensamiento cartesiano como el cuerpo dualista que divide al cuerpo y el alma, el cuerpo por partes que se visualiza como un conjunto de partes que conforma un todo. Bajo esta perspectiva es que la medicina moderna ha realizado la separación “entre el hombre y su cuerpo como simple operación técnica (Duch & Mélich, 2005, p. 135). También se evidencia en el discurso, el significado de cuerpo como un todo y unidad que es y no puede ser dividido sino verse de forma integral.

Estas posibilidades que aparecen en los discursos que constituyen una de las múltiples maneras de ver el cuerpo desde un plano filosófico, que cobra significado en la explicación e interpretación del concepto de manera semántica, pero puede también, ser una noción válida y sentida para los profesionales de la salud y que claramente definen el modo como se asimilan y vivencian las corporalidades propias y otras.

En esas diversas interpretaciones el cuerpo adquiere elementos simbólicos que lo definen de manera individual, pero también permeado por lo social, lo que lo convierte en un concepto difícil y complejo de definir por lo menos desde una sola perspectiva, pues este se encuentra

atravesado por los demás planos: político, normativo, personal, sociocultural que le imponen una carga enorme de sentidos y significados. Tan así, que el cuerpo es sujeto de las impresiones individuales que los mismos sujetos le dan a la vida.

En este sentido el cuerpo adquiere elementos de vínculo y relación con los otros para cuidar a través de la dimensión subjetiva que le permite comunicarse con los otros cuerpos, es decir, que no es solo su dimensión corpórea sino la función comunicativa que le otorga sentido lograr acercarse y generar relaciones dialógicas para mediar los procesos de cuidar y socializar. El cuerpo es para sí mismo y para los demás, así como lo es el cuidado de sí y el cuidado de los otros. Esta idea de vínculo con los otros está sustentada en el pensamiento del propio Merleau Ponty: «es por mi cuerpo que comprendo al otro, como es por mi cuerpo que percibo “cosas”». Al configurarse el reconocimiento del propio cuerpo, como cuerpo viviente y encarnado resulta posible acceder al mundo y a los otros cuerpos (Firenze, 2016, p.100). El cuerpo es una prolongación de los otros y existe gracias a ellos (cuerpos otros) que permiten serlo.

Esta definición de cuerpo como vínculo comprende la idea de alteridad como necesaria en los procesos de formación y de cuidado, pues el cuerpo aparte de ser un entramado de sistemas fisiológicos y anatómicos también está conformado por la esencia compleja y existencialista que lo hacen una realidad somática, pero al mismo tiempo una “deconstrucción orgánica” (Gómez & Sastre, 2008, p.129). El cuerpo es donde confluyen los fenómenos de análisis de los sujetos, pues es un escenario de infinitas posibilidades que lo hacen indispensable para el cuidado.

Tanta importancia cobra la anterior afirmación, que el cuidar se vuelve esencial para el cuerpo, debido a que el cuerpo es el punto de partida para cuidar y mantener la vida. El reconocimiento corporal en el cuidado lleva a pensar la antropología del cuidado, dado que, según Maldonado (2019) citando a Muñiz (2011) “el cuidado trasciende de una práctica social,

siendo una práctica corporal que condensa efectos, procesos de materialización y actos performativos a la normalización del sujeto” (p.218).

Desde el punto de vista de la integralidad del cuerpo, es importante la afectividad en los procesos de construcción y deconstrucción de las subjetividades, pues este ha persistido frente a sus vulnerabilidades corporales, cuya dimensión emocional se encuentra mediada por el entramado corporal. Porque, el cuerpo y cuidado son una diada recíproca que son necesarios para comprender y cuestionar el orden social que funge como dispositivo para actuar frente a la vulnerabilidad (Maldonado, 2019).

Dentro de esa reciprocidad que se esperaría en el encuentro de cuidado, el cuidador debe dejar de ser uno para transformarse en nosotros, es decir, generar una relación de intercorporeidad y de coexistencia que posibilite otorgar y recibir cuidado, pero también vivenciar el cuerpo. Omitir esta vivencia implica en términos de Medina (1999) reducir el espesor del cuerpo a su materialidad, cuya razón es que el sentido del cuidado debe coexistir en el cuerpo y ser legítimo en la alteridad.

En pocas palabras, en el plano filosófico se reconoce que el cuerpo tiene múltiples significados que lo hacen un concepto difícil de definir que hacen que el cuerpo sea sujeto de las impresiones que los sujetos le dan a la vida. De ahí que se entienda al cuerpo como elemento de vínculo con el otro/ los otros, necesario para el favorecimiento de las relaciones, socialización y la comunicación entre personas. Al examinar los discursos se entiende que no es posible hablar de cuidado sin recurrir al cuerpo, ya que el cuerpo se funde como punto de partida del acto de cuidado (coexisten). El cuidado permite el reconocimiento y la comprensión del cuerpo desde visiones más complejas e integrales.

Ahora de manera general es posible analizar:

En una profesión donde los discursos de las categorías de análisis central: cuerpo y cuidado aparecen distantes entre ellas y denotan aspectos como fragmentación o ligadas a un diagnóstico médico, es posible pensar que la esencia de la enfermería se encuentra determinada por discursos contradictorios que se evidencian en la práctica del ejercicio profesional.

Pero ¿Por qué cuerpo y cuidado? Pues bien, al ser categorías transversales que afloran constantemente en los discursos de los profesionales, se hizo necesario un análisis que permita comprender cómo y por qué se entrelazan en su dinámica habitual, tanto pedagógica como práctica los elementos constreñidos y limitados que atrapan la labor de cuidar en lo tradicional, es decir, atrapados en racionalidades lingüísticas que agencian subjetividades fáciles de gobernar.

Adicionalmente, existe poca preocupación de los y las profesionales y docentes de enfermería, por repensar aquellos elementos dañinos que se adhieren al cuerpo de la profesión, tanto en la academia y en la propia subjetividad, y aun así los discursos nos digan lo contrario (incluso la normatividad y legislación nos convenza de esta idea). La identidad en la que se ha establecido la enfermería no ha permitido que se orienten los procesos a percibir lo humano y lo social como su esencia profesional. La identidad que actualmente se sustenta parece ser hasta ahora la ideal en la profesión.

El develar al cuerpo como un escenario de cuidado donde confluyen formas de poder, de reconocimiento y autorreconocimiento, pero también de negación y de contradicción, lleva a entender que, el discurso de enfermería no es para nada neutral, ni una actividad inocente, ni ya descrita (Robayo, 2010), sino más bien un dispositivo organizado de sentidos y significados que toman valor en los sujetos donde actúan y surgen a través de dicha identidad que se sostiene en la narrativa y en la colectividad gremial.

De esta construcción discursiva donde se exponen una serie de fenómenos ocultos en el lenguaje estandarizado de la profesión y las actuaciones para las que fueron formados los enfermeros y enfermeras, se afirman algunos planteamientos que amplían la noción de cuerpo y su conexión o desconexión con la salud y el cuidado. En todo caso, son aproximaciones de lo que puede contener el discurso.

Con la anterior idea, es posible determinar que el cuidado no pasa por el cuerpo del cuidador, parece ilógico, pero existe influencia del modelo rentista institucional que expropia el cuerpo del enfermero y enfermera para ser cuerpo de otros, en función de otros y otros y no propiamente de ellos. Esta idea de autoexpropiación que emerge de la investigación tiene consecuencias por la descorporización<sup>14</sup> que sufren los sujetos profesionales al desconocerse como cuidadores, pero también como sujetos de cuidado, eso implica desconocimiento de sí mismos que se ve reflejado en la pérdida de la autonomía profesional que es modelada hacia los intereses productivos y laborales y del mismo sistema.

Esta amnesia in-voluntaria viene acompañada de un **des-cuido**<sup>15</sup> en el acto de cuidar y por ende del cuerpo, es decir, hay una pretensión por hacer una labor contratada bajo la idea de cuidado totalmente desviada de la relación intersubjetiva cuidador y sujeto de cuidado. Luego, el cuerpo en la práctica se reduce a un elemento físico y material como lo real, por eso el cuidado es destinado a tratar una parte anatómica, un órgano o una enfermedad y no a una persona de forma integral, o sea, la falta de reconocimiento del propio cuerpo (enfermero/a) tiene implicaciones en la manera como se cuida a los sujetos. El grado de cuidado y reconocimiento corporal propio es proporcional al cuidado otorgado a los otros.

---

14 El verbo descorporizar no existe en el diccionario. Es una palabra usada para designar la acción de separar, quitar u ocultar el cuerpo material de lo inmaterial. El prefijo "des" se antepone a algunas palabras para darles el significado de negación, contradicción o ausencia. Ejemplos: amor-desamor (negación), hacer-deshacer (contradicción), corporizar o corporeizar-descorporizar (ausencia).

15 Conceptos en negrilla son construidos a partir del análisis y comprensión de los corpus de la investigación

Al tratar de evidenciar los discursos medicalizados a través de las categorías cuerpo y cuidado no es posible afirmarlo en su totalidad pues se requieren de otros análisis a partir de otras preguntas que puedan dar cuenta de este fenómeno. Lo que se podría inferir es que la medicalización genera apropiación de la vida y se instala en los cuerpos de los sujetos de cuidado y de los cuidadores, restando autonomía y volviendo dependientes a los sujetos del agente terapéutico (Tabet et al, 2017). Por esta razón, la necesidad de evidenciar cómo se tejen los conceptos que atraviesan la medicalización fue fundamental para realizar la investigación y postergar la idea de medicalización para un proyecto con mayor tiempo y participantes.

En esa misma línea, fue posible determinar que los mismos profesionales de la salud se han encargado de darle forma a un orden social sobre los problemas de situaciones sociales de desigualdad al representarlos como patologías individuales, problema que vendría en la propia formación profesional al apartar los determinantes sociales de la educación y vinculado a la expropiación corporal en función del capitalismo. Se entiende que hay una dificultad para entender el cuerpo orgánico dentro del cuerpo social.

Dado que, hay una dificultad para extrapolar las afectaciones de la materialidad orgánica a las dimensiones social y cultural, si hay una idea latente en los profesionales de confrontar los sucesos que suceden en los cuerpos que cuidan.

Esto permite entender que se cuida la patología más no el cuerpo, ya que el cuerpo ha devenido tanto en debilidad que sus significados van a depender del discurso para nombrarlo y adherir al cuerpo físico las alteraciones patológicas que lo componen y volviéndolo dependiente de las intervenciones médicas que se establecen como norma para el cuidado de la salud.

Lo anterior, tiene implicaciones en lo pedagógico precisamente en las formas como el discurso atraviesa el cuerpo de los sujetos en formación, pues como lo manifiestan los docentes, falta **reconocer el cuerpo, reconocerse como cuerpo cuidador**, pero también **cuerpo**

**de cuidado**, para poder enseñar sobre el cuerpo y cuidar el cuerpo de otros, siendo el reconocimiento del propio cuerpo responsabilidad individual. En esa medida, al no haber un reconocimiento de la importancia del cuerpo, los discursos y acciones se vuelven técnicos, al no trascender del significado semiótico, así que, las comprensiones sobre las prácticas del cuidado quedan relegadas a procesos exclusivamente asistencialistas. Esto confirma la idea expuesta por Días, Santana y Oliveira (2011) quienes argumentaron que la fragmentación entre el discurso y la praxis muestra una deformación de los cuidadores. Cuando se asume en la formación profesional una acción transformadora y de una educación crítica sobre los conceptos y práctica, se es capaz de sobrepasar la **visión mecanicista** y darle paso a una visión vital de un cuerpo vivo y sensible que potencia las subjetividades. Por lo que, los mismos autores proponen la necesidad de reflexionar un nuevo pensar-actuar del proceso enseñanza-aprendizaje, que resignifique la formación pedagógica del docente para atender las demandas de formar cuidadores en discursos y acciones cercanas a la teoría y la práctica integral y universal.

La academia es un escenario donde se afirman y comparten ideas de significados sobre el cuerpo y el cuidado, casi siempre producto del discurso docente como referente para los mismos sujetos en formación. Él y la docente son intermediarios de la teoría y la práctica logrando a través del ejemplo y lenguaje permear la subjetividad profesional del estudiante, pues los elementos a fines que puedan generarse del vínculo se vuelven fundamentales para la elaboración del sentido de cuidado y del mismo cuerpo. Por esto Rivera recomienda implementar currículos que incluyan asignaturas de cuidado emocional que permitan **repensar la propia práctica, lenguaje - discurso**, y así empezar a cambiar, cuestionar y potenciar tanto la labor de enfermería como el ejercicio pedagógico (Rivera, 2013).

Si bien, hay preocupación por la idea de superar el modelo biomédico que reduce el cuerpo a materia orgánica, no se evidencian decisiones en los documentos institucionales

(contenidos programáticos) que traten de evidenciar la voluntad de los y las docentes o la misma escuela de articular estas nociones a los procesos formativos.

A partir de allí, los giros de sentido del discurso que apropian los docentes frente a la construcción y asimilación de cuerpos distintos se deben a que en su formación posgradual o su enfoque investigativo les ha permitido pensarse el cuerpo por fuera de las normas establecidas y el pensamiento biológico, pudiendo mirar el cuerpo desde perspectivas diferentes. También porque las mujeres enfermeras han hecho resistencia frente al modelo del patriarcado de las ciencias de la salud para establecer cuerpos unificados, siendo las mismas enfermeras al verse bajo una imagen dócil y pasiva quienes han empezado a replantearse el sentido de cuidar y deconstruir los elementos hegemónicos de la identidad donde se cimentó la enfermería y la práctica profesional.

En cuanto a la respuesta a la pregunta investigativa se pudieron visibilizar en gran profundidad las categorías centrales propuestas en el discurso académico entorno a ellas, sin embargo, hace falta explorar más los relacionamientos de estas categorías con otras nociones que no fueron expuestas en esta investigación. Además, se recomienda participación de mayor población docente que incluya a tanto hombres y mujeres, y otras metodologías e instrumentos de recolección de información como la etnografía, la cartografía, y entrevistas a profundidad que den cuenta realmente del fenómeno alrededor del discurso de enfermería.

Por su parte el método de análisis de contenido, permite tener acercamientos a posibles significados y sentidos de los conceptos en una realidad establecida como la expuesta, pero se debe contrastar lo dicho o escrito por los docentes en análisis más completos y profundos que evidencien también las prácticas, las acciones y movimientos corporales que se vinculan en los discursos tanto académicos como profesionales, para develar la manera como el cuerpo se instala o resiste a los mecanismos de formación en enfermería.

Dicho anteriormente, estas interpretaciones a la luz de un planteamiento surgen de la experiencia y el afán por encontrar otras maneras de ser enfermero y hacer enfermería, solo son posibilidades y comprensiones que en todo caso de ser necesario pueden ser discutidas, contrastadas o por qué no reemplazadas. Esto es tan solo una sensación de mi sujeto enfermero que busca alguna posibilidad de mostrar una realidad profesional que al parecer no es solo mía, sino de muchos, ojalá este tipo de investigación propicie a muchos más colegas a visibilizar y exorcizar sus temores, inconformidades y establecer miradas diversas en la profesión.

## Conclusiones y Recomendaciones

Respondiendo a los objetivos planteados en la investigación, se demuestra al reconocer las diferentes características de reproducción del discurso de los docentes se puede concluir que:

En el Plano Personal, lo que más se evidencia es el discurso recurrente sobre el cuidado, pero sobre cuerpos autoexpropiados o cuerpos objeto de intervenciones procedimentales instituidas normativa o institucionalmente. Esto remite a una constante contradicción: entre el discurso escrito y el discurso hablado, entre estos y la práctica real; entre lo comprendido en la academia a partir del proceso de formación y las posibilidades reales de su implementación, entre los saberes propios/ populares que nos determinan en lo cotidiano y los saberes “científicos”, medicalizados que imponen una determinada práctica con unas intencionalidades proclives a un modelo de desarrollo (neoliberal). Aunque se reconocen en el discurso “hablado” las relaciones entre cuerpo y cuidado, en lo académico parece dividirse o no encontrar coherencia, lo cual está atravesado por lo que definen las organizaciones internacionales sobre la salud y el cuidado, los Ministerios, las instituciones donde trabajan e incluso el colectivo gremial, lo que se refleja en una mayor recurrencia en el discurso sobre la categoría de cuidado, pero más en el sentido de reparación de partes dañadas y no en el sentido de la construcción de (nuevas) posibilidades de ser, de repensarse, de sanarse (no solo de curarse), de relacionarse, de actuar.

Lo anterior, nos remite a la necesidad de incluir en el currículo espacios de aprendizaje que nos conecten (o reconecten) con nuestro propio cuerpo, evidenciando las múltiples expresiones de corporalidad, las posibilidades de aportar a construir otros cuerpos, desde el respeto a la autonomía, propia y de los sujetos de cuidado. Concluyendo que el reconocimiento del cuerpo propio es un referente para los enfermeros/as en la comprensión del cuidado en su práctica y ejercicio profesional.

En cuanto al plano político contiene los discursos que permiten a los sujetos aproximarse a un enfoque de derechos decidiendo sobre su cuerpo de manera autónoma, es decir, que se entiende más allá de las percepciones personales para contemplar aspectos sociales, políticos, económicos que influyen en la manera como se comprende el cuerpo y el cuidado propio y de los otros a partir de la toma de decisiones, las capacidades corporales, reconocimiento del cuerpo, las acciones que repercuten sobre el cuerpo de cuidado, los discursos que lo fragmentan y las nociones sobre el cuidado que tejen relaciones sobre la vida, el respeto y la solidaridad con los otros para comprender que la materialidad biológica está envuelta en los hechos sociales y hace parte de los significados y agenciamientos que le otorgan los docentes en su práctica pedagógica, es decir que cuando la conciencia se reafirma en el propio cuerpo, se puede cuidar a los demás, pues la conciencia corporal posibilita hacer del cuerpo una experiencia más allá de su materialidad biológica. A partir de lo anterior, se evidencian las tensiones entre el deber ser (normativo) y el querer ser (personal) en donde los enfermeros/as confrontan los elementos teóricos con la realidad vivenciada en la práctica profesional y apropian el derecho de pensarse el cuerpo y el cuidado propio y otro desde distintos lugares posibles y no solo desde lo impuesto o recreado en la profesión.

Desde esta perspectiva, surge la necesidad de incluir en los contenidos programáticos y planes de estudios de manera transversal temas, miradas o componentes que doten la visión de cuerpo desde la integralidad, para que a partir de allí se visualice a los sujetos como cuerpos, pero no cuerpos materiales en exclusividad, sino cuerpos vivientes y complejos que no se definen desde diagnósticos, sistemas anatómicos e interpretaciones clínicas sino que se definen en su configuración personal, normativo, político, sociocultural y filosófico (complejidad) u otras que puedan existir pero no se han definido o explorado en esta investigación.

En cuanto al plano normativo se establece al cuerpo y al cuidado regidos por las normas y los imperativos que determinan el deber ser en la profesión relacionados con las herencias del

pasado que influyen en la manera como se define el cuerpo de los enfermeros/as (imagen) y el cuidado en la enfermería (identidad), cómo intervenir los otros cuerpos y los comportamientos producto del patrón que define lo que deben ser y hacer los enfermeros/as (domesticar) basado en los procedimientos, las leyes, los protocolos, las guías, las instituciones enmarcadas dentro de lo fáctico para regular las actuaciones y comportamientos del cuerpo dentro de la práctica profesional (disciplinar), lo cual ocurre cuando el sujeto enfermero/a pasa a ser un objeto para otros a través de las acciones del poder que lo vuelven una máquina que aumenta su capacidad de producción exigida y expande su poder sobre otros. Lo que evidencia que los enfermeros y enfermeras se despersonalizan al no reconocerse a sí mismos como cuerpo, conllevando un descuido irónicamente, falta de empatía y deshumanización en el acto de cuidado que perpetúa la idea del cuerpo cuidado como intervenible y estableciendo como sentido al cuerpo como objeto e instrumento.

Razón por la cual, al encontrar estos significados se hace necesario pensar desde otros lugares posibles estas aproximaciones a los discursos: otras escuelas-universidades, otras categorías, otros actores de cuidado, nos lleva a cuestionar ¿Cuál es la noción de cuidado que permanece en la sociedad de hoy? ¿En qué ha cambiado el cuidado? Y tejer relaciones importantes entre los conceptos que implican análisis entre la vida, las personas, cuidar y educar para preguntarnos en la misma línea ¿Qué relación pueden tener los conceptos de cuidar y educar y de qué manera influyen en la profesión? Para que, a partir de estos cuestionamientos, se repiense la manera como se cuida y se enseña el cuidado en la formación profesional, y desde luego, se logre acabar con la disyuntiva entre teoría y práctica y logre articularse coherentemente su definición y acción.

Así mismo, en el plano sociocultural agrupa los discursos de cuerpo y cuidado que están determinados por los contextos y la cultura de los sujetos, es decir, evidencia cómo los elementos de tipo social dan valor y validez a los conceptos asimilados en la profesión y

organizan entramados de las categorías de cuerpo y cuidado en la enfermería. Esto permite demostrar que los discursos no solo son una construcción personal, individual y normativa, sino también están permeados por los condicionantes construidos social y culturalmente que atraviesan los significados en el discurso como el género, el sexo, los imaginarios, la sexualidad, costumbres y en las tradiciones que se instalan en un orden simbólico en la sociedad para atribuirles sentido a las categorías, normar la construcción social, cultural y política de las personas en donde el género y la institucionalidad se convierten en componentes enajenadores de la profesión. A raíz de esto el cuerpo se visualiza como escenario de posibilidad o de negación de la misma subjetividad, y en esa medida, los cuerpos enfermeros/as se encuentran ligados a las herencias de la profesión que le han atribuido a la enfermería; el sinónimo de mujer que hacen del cuidado y al cuerpo una construcción social desigual, pues no es posible hablar del cuerpo y cuidado sin que esto conlleve un análisis de género, porque el cuerpo subyace como una construcción social y cultural y en ese sentido el cuerpo es una representación social reproducida diariamente.

Este plano tiene una conexión muy fuerte con el plano personal, debido a que el cuerpo también es un elemento simbólico que permite el vivenciar humano y la construcción de sentidos y significados que se vuelven referentes en la toma de decisiones para el cuidado. Surge entonces la necesidad de empezar a ver los significados en torno al cuerpo en la enfermería desde procesos más amplios y complejos para construir subjetividades desde el afecto y la empatía y lograr que los estudiantes y profesionales de la salud a través de la reflexión corporal de los elementos hegemónicos logren vivenciar el entramado integral que lo compone y de esta manera contribuir de manera consiente al cuidado humanizado desde lo local y lo propio.

Finalmente, el plano filosófico contiene los discursos con los significados que surgen de lo conceptual a lo real más allá del lenguaje, o sea que se pueda realizar y/o aplicar en la realidad. Esto es el qué y el porqué del cuidado y el cuerpo se vuelven el principal motivo para

cuestionar las uniformidades y plantear alternativas que logren coincidir y dar coherencia a los elementos de la teoría y la práctica y con esto deconstruir el reduccionismo de la enfermería.

Al establecer las relaciones de sentido se hace evidente que los discursos de los docentes están mediados por distintos aspectos que se relacionan con el cuerpo y el cuidado y tienen que ver con la idea de que el cuerpo es un vínculo exclusivo y necesario en el ser enfermero y enfermera, debido a que es un medio que favorece la interacción, estableciendo compromisos afectivos con los otros y construyendo relaciones para el cuidado de forma integral. El cuerpo logra representarse en los otros y así poder ser cuerpo para sí y para otros también, es un cuerpo comunicador para el mundo, pues es un escenario de posibilidades de socialización que lo hace indispensable para el cuidado. Aunque existen contradicciones en los discursos, la recurrencia del cuidado parece ser la de reparar y transformar el mundo, siendo la única manera de relacionarnos con ese mundo, con lo otro, con los otros. Debido a que el cuerpo es eminentemente esencial en el relacionamiento y es indispensable en el cuidado.

Al examinar los significados y posibles implicaciones de los sentidos discursivos, se puede evidenciar que, pensarnos el lugar del cuidado en la educación, implica que no se puede cuidar sin educar y educar sin cuidar! ya que son prácticas sociales que resultan inseparables y que de hacerlo se estaría obstaculizando la infinidad de posibilidades que propicia este binomio, es decir que la educación en enfermería debería de partir de la idea del cuidado que permea los procesos educativos, implica el reconocimiento de las realidades sociales, el compromiso con la vida y la humanidad misma. En este plano se concluye que el cuerpo y el cuidado son elementos inseparables y recíprocos, que hacen difícil establecer diferencias en dicho coexistir humano, pues el cuerpo se define como condición para el acto de cuidado: se cuida el cuerpo, se cuida la vida, se cuida la enfermedad.

A manera de recomendaciones finales, la comunidad académica de enfermería necesita “perderse un poco, para volverse a encontrar”. Replantearse si los elementos que son la esencia de la profesión pertenecen al paradigma al que se quiere pertenecer, para romper la lógica del enfermero y enfermera ideal, del cuidado estandarizado y los discursos unificados, ya que lo que hemos conseguido es hacer ciencia y disciplina, pero no cuidado.

La lucha más allá del reconocimiento como profesión y ciencia debe darse en transformar la epistemología de la enfermería, como una disciplina más humana y social para intentar contribuir al mundo desde el cuidado. Como lo afirmó una de las docentes, debemos entender que

“ese modelo biomédico y positivista no nos compete, no nos corresponde y el día que entendamos eso, que nuestra epistemología está en otro lado, que nuestras lógicas están en otro lado y que no nos da miedo perder el estatus científico que nos da el hecho de ser biomédicos positivistas” (SG001).

Tal vez ese día podamos comprender la enseñanza, la profesión y la educación de enfermería de forma distinta.

Se propone también que el docente necesariamente debe leerse y leer a sus estudiantes y contexto de forma sentida, que logre visibilizar el cuerpo como una realidad individual permeado por lo social, el lenguaje y el discurso para que de esta manera el estudiante genere apropiaciones de esas nociones y sea él o ella misma el elaborador/a de su propio discurso y de su propio cuidado y genere su aporte al mundo, su aporte a la profesión pero también su construcción como ser humano para tratar de aprender y reconfigurar en equipo.

Es de vital importancia que los y las docentes a partir de sus propios discursos liberados del deber y lo tradicional sean los agentes de cambios que se necesitan, no solo en la profesión

sino en el país y en el mundo, que el cuerpo sea nuestra posibilidad de reflejarnos como sociedad y el cuidado sea nuestra lucha por mantener el bienestar social.

Fue satisfactorio el recorrido a través de encuentros, pasión y contradicción durante el ejercicio investigativo, lo mínimo que podría hacer es dar las gracias porque el hecho de haberme inmiscuido en las voces docentes es el comienzo para soñar una educación distinta: más liberadora en la profesión, no como un servicio o vocación, sino como un derecho de pensar la vida, a sí mismo y a los demás, para que el cuerpo sea el escenario próspero del cuidado.

El llamado al igual que mis Colegas Galindo & Herrera (2017) citando a Moncayo (2009) es el de pensar la enfermería desde la lógica sentipensante “que combina la razón y el amor, el cuerpo y el corazón, para deshacerse de todas las (mal) formaciones que descuartizan esa armonía y poder decir [momentáneamente] la verdad” (p.10).

## Referencias

- Aguado, G., Patarroyo, L., Larrañega, M., Palacín, I., Quilaqueo, V., Mujica, R., Modonato, L. & Ventura, D (2018). *Pedagogía de los cuidados. Aporte para su construcción*. Fundación InteRed.
- Agudelo, E. (2014). *Vivencias, saberes y conflictos. La representación social de los derechos humanos en las prácticas de formación docente*. Universidad Distrital Francisco Jose de Caldas. Centro de investigaciones y desarrollo científico. Vol.1.
- Aigeneren Miguel (s.f). *Análisis de contenido: una introducción*. Universidad De Antioquia Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Centro de Estudios de Opinión [CEO@catios.udea.edu.co](mailto:CEO@catios.udea.edu.co).  
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/download/1550/1207/>
- Andréu J.A (s.f). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Fundación Centro Estudios Andaluces. Profesor Titular Departamento Sociología Universidad de Granada. Recuperado de <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
- Arcos, F. & Galindo, S. (2010). *La exposición corporal y el cuidado de enfermería*. Rev. Cultura de los cuidados. Vol. 28. 63-70.
- Arroyo, A; Lancharro, I; Romero, R. & Morillo, M. (2011) *La Enfermería como rol de género*. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital); 20(4).  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000300008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000300008)
- Baena, G. (2017). *Metodología de la investigación. Serie integral por competencias*. Grupo Editorial Patria, (3a. ed.).  
[http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf)
- Báez-Hernández, F., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L., & Medina-López, O. (2009). *El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería*. *Aquichan*, 9(2).  
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>
- Bardin, L. (1996 2ª e) *Análisis de contenido*. Akal.
- Barrero C, Bohórquez L, Mejía M. (2011) *La hermenéutica en el desarrollo de la investigación educativa en el siglo XXI* 103 *Itinerario Educativo* • Año xxv, n.º 57 • 101-120 • enero-junio de 2011.
- Bengoechea, M. (2002). *Guía para la revisión del lenguaje desde la perspectiva de género*. Proyecto Parekatuz. Diputación Foral de Bizkaia.

- <http://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO1/Noticias/Pdf/Lenguaje%20Gu%C3%A9%20Da%20lenguaje%20no%20sexista%20castellano.pdf>
- Bettancourt, L, Muñoz, L, Barbosa, M. & Fernandes, M. (2011). El docente de enfermería en los campos de práctica clínica: un enfoque fenomenológico. *Rev. Latino – Am. Enfermagem* [internet]. 19(5). 1-9.
- Bonantini, Carlos, Simonetti, Graciela, Turco, Domingo Luis Daniel, Lerma, Silvana, Cattaneo, María Romina y Quiroga, Victor Fabian (2007). Representaciones, significaciones sociales imaginarias y ciencia: notas para un debate. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Bonilla-Castro, E. y Rodríguez, P. (2005). *Más allá del dilema de los métodos*, 3ª edición. Bogotá: Universidad de los Andes- Grupo Editorial Norma.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y Cultura*. Traducción: Martha Pou. México. Disponible en <http://www.scribd.com/doc/13032293/Bordieu-Pierre-Sociologia-y-Cultura>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Ed. Paidós Iberica. Barcelona, España.
- Butler, J. (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*. (4)3, 321-336.
- Cabra, N. & Escobar, R. (2014). *El cuerpo en Colombia. Estado del arte cuerpo y subjetividad*. Universidad Central e Instituto para la investigación educativa y el desarrollo pedagógico IDEP. Bogotá.
- Cano-Caballero M.D. (2004). Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index de Enfermería*, 13(46), 34-39. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es&tlng=es)
- Caregnato, R, & Mutti, R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(4), 679-684. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.
- Castro J. (1996). *Presencia de la religión, el género y la medicina en los universos simbólicos de los fisioterapeutas*. Tesis de maestría CINDE-UPN, Medellín, Colombia.
- Cisneros, F. (2005). *Teorías y modelos de enfermería. Fundamentos de enfermería*. Universidad del Cauca. Popayán. 1-15.
- Cohen, N. & Gómez, G (2019). *Metodología de la investigación, ¿para qué? La producción de los datos y los diseños*. Buenos Aires: Teseo.

- Colliere-MF. (2003). Promover la vida. México: Interamericana McGraw-Hill
- Corral, I., Cid. & Núñez, A. (2012). Vinculación del Género en la profesión de enfermería. I Congreso Internacional de Comunicación y Género. Sevilla. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5367759>
- Días, E, Santana, L. & Oliveira, E. (2011). La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 19(2). 1-9. Recuperado de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es\\_05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_05.pdf).
- Díaz-Bravo, Laura, Torruco-García, Uri, Martínez-Hernández, Mildred, & Varela-Ruiz, Margarita. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es).
- Duch, L. & Mélich, J. (2005). Escenarios de la corporeidad. *Antropología de la vida cotidiana* 2/1. Ed. Trotta. Madrid.
- Duque Acosta, C. (2010). Judith Butler: performatividad de género y política democrática radical. *La manzana de la discordia*, Universidad Javeriana de Cali. 5 (1). 27-34. [https://www.researchgate.net/publication/317961908\\_Judith\\_Butler\\_performatividad\\_de\\_genero\\_y\\_politica\\_democratica\\_radical/link/597a2915aca272e8ccod39f6/download](https://www.researchgate.net/publication/317961908_Judith_Butler_performatividad_de_genero_y_politica_democratica_radical/link/597a2915aca272e8ccod39f6/download)
- Duque, P, Vallejo, S & Rodríguez, J. (2013). Prácticas pedagógicas y su relación con el desempeño académico (Trabajo de grado). Universidad de Manizales – CINDE. Manizales - Colombia.
- Durán de Villalobos, M. (1994). El cuidado: pilar fundamental de enfermería. *Avances en Enfermería*, 12(1), 16-23. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16549/17462>.
- Echeverría, G. (2005). Análisis cualitativo por categorías. Universidad Academia de humanismo cristiano. Escuela de psicología.
- Ehrenreich, B & English, D. (1981). Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de Sanadoras. Editorial la Sal. Barcelona.
- Enciso, V. (1997). Género y Trabajo: la enfermería. *La ventana*, 6. 182-189.
- Escuela de Enfermería. (2010). Proyecto Académico Educativo. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Facultad Ciencias de la Salud.

- Escuela de Enfermería. (2010). Proyecto Académico Educativo. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Facultad Ciencias de la Salud. Tunja, Boyacá
- Escuela de Enfermería. (2014). Documento Maestro Registro Calificado. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Vicerrectoría Académica.
- Ezquerro, R. (2002). El discurso reproducido desde la perspectiva de la enseñanza del E/LE. Universidad Antonio de Nebrija (Tesis de maestría).
- Fernández, M. (s.f). Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Tema 11. Modelos y Teorías en Enfermería (IV). Universidad de Cantabria. Open Course Ware. Modelo de Madeleine Leininger. [en línea]. <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11>.
- Fernández, S. (2014). El cuerpo en Colombia: Estado del arte cuerpo y subjetividad. *Nómadas* 41. Universidad Central, 268-270.
- Firenze, A. (2016). El cuerpo en la filosofía de Merleau Ponty. *Revista Internacional de Filosofía*, Suplemente 5, 99-108. <https://revistas.um.es/daimon/article/view/270031>
- Foucault M. (1976). Historia de la medicalización. Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social. Instituto de Medicina Social. Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brasil. *Educ méd salud*. 10(2), 152-169.
- Foucault, M. (1966). *Las palabras y las cosas, una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo veintiuno editores. Argentina.
- Foucault, M. (1969). *La Arqueología del Saber*. Siglo veintiuno de Colombia, ltda. Bogotá.
- Foucault, M. (1970). *El orden del discurso*. Tusquets Editores S.A. Buenos Aires
- Foucault, M. (1994). *La ética del cuidado de si como práctica de la libertad*. Gallimard, Paris.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Traducción de: Aurelio Garzón del Camino. Argentina: Editorial Siglo XXI.
- Galindo Huertas, M. (2018). Medicalización del cuerpo en Boyacá (Proyecto). Grupo exclusiones y resistencias en el cuidado de la Salud GERCUS. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
- Galindo Huertas, M.S. & Herrera Giraldo, S. L. (2017). Cuerpos de mujeres: procesos de desvictimización. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 45. 88-119. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362017000100088](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362017000100088)

- Galindo Huertas, M.S. & Herrera Giraldo, S. L. (2017). La categoría de género en la investigación y producción de conocimiento en enfermería en Iberoamérica: aportes para el debate. *La ventana. Revista de estudios de género*, 5(46), 177-201. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1405-94362017000200177&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1405-94362017000200177&lng=es&tlng=es)
- Galindo, MS. (2007). Pervivencias y resistencias históricas en la resignificación del uniforme de enfermería. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lco205.php>
- Garcés, L. & Giraldo, C. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones Filosóficas*. 14. p. 197-201.
- García Hernández, M., & Cárdenas Becerril, L., & Arana Gómez, B., & Monroy Rojas, A., & Hernández Ortega, Y., & Salvador Martínez, C. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto & contexto enfermagem*, 20, 74-80.
- García, A; Sainz, A. & Botella, M. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*, 13(46), 45-48. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S113212962004000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000200009&lng=es&tlng=es).
- García-Martín, C. (2001). *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Harcourt.
- Gervilla, E. (2001). *Valores del cuerpo educando. Antropología del cuerpo y educación*. Barcelona: Herder.
- Gómez Arévalo, J. & Sastre Cifuentes, A. (2008). En torno al concepto de cuerpo desde algunos pensadores occidentales. *Hallazgos*, 9, 119-131. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4138/413835170007>.
- Gómez, L. (2011). Un espacio para la investigación documental. *Revista Vanguardia Psicológica*. 1 (2). P. 226-233.
- González, D. (2016). *Necesidades formativas de los programas de enfermería de Colombia (Tesis de pregrado)*. Universidad de Santander UDES. Bucaramanga – Colombia.
- Gürtler, Leo, & Huber, Günter L.. (2007). Modos de pensar y estrategias de la investigación cualitativa. *Liberabit*, 13(13), 37-52. Recuperado en 05 de julio de 2020, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272007000100005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100005&lng=es&tlng=es).
- Guzmán, G. (2018). La teoría performativa de género de Judith Butler. *Rev. Psicología y mente*. <https://psicologiaymente.com/social/teoria-performativa-genero-judith-butler>.

- Habermas, J. (1973). Conocimiento e interés, en: Ideas y Valores, No 40-45, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 61-76.
- Henderson, A. (1994). Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 935-939.
- Hernández Rodríguez, A. (2011). Trabajo y cuerpo: El caso de los hombres enfermeros. *La ventana. Revista de estudios de género*, 4(33), 210-241. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-94362011000100009&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362011000100009&lng=es&tlng=pt)
- Herrera, G. (2018). El cuerpo disciplinado y el ocaso de la libertad: análisis del hospital psiquiátrico y la escuela en el pensamiento de Michel Foucault. *Rev. Sincronía. Departamento de Filosofía. Universidad de Guadalajara*. Vol. 75. 104-128.
- Herrera, J.D. (2013). Módulo Metodología de Investigación y Métodos de Ciencia Social. Programa de Maestría en Desarrollo Educativo y Social. Convenio CINDE-UPN. Bogotá.
- Horkheimer, M. (2002). *Crítica de la razón instrumental*. Madrid: Trotta.
- Hoyos, T, Morales, R, Noreña, C, Salazar, A & Saldarriaga, R. (2005). La experiencia de los estudiantes de enfermería de la universidad de Antioquia en la práctica clínica (Trabajo de maestría). Universidad de Manizales - CINDE. Sabaneta – Antioquia.
- Ignacio, M. J. (2005). Construcción del conocimiento y discurso en el aula. Estudio del cambio en las concepciones sobre nutrición humana y análisis de los procesos discursivos en un aula de educación secundaria. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla, Tesis Doctoral.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la Salud*. Barral Editores.
- Íñiguez, lupicinio (2003). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial UOC.
- Knauth, D. & Machado, P. (2013) "Corrigir, prevenir, fazer corpo": a circuncisão masculina como estratégia de prevenção do HIV/AIDS e as intervenções cirúrgicas em crianças intersex. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (14), 229- 241. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872013000200010>
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*.
- Laurentis, T (1989). *La tecnología del género*. London, Macmillan Press, págs. 1-30.

- Leininger, M. (1978). The Phenomenon of Caring: Importance, Research Questions and Theoretical Considerations. En M. Leininger (Ed.), *The Phenomena and Nature of Caring*. Salt Lake City: University of Utah, 3-17.
- Londoño-Vásquez, D., & Frías-Cano, L. (2011). Análisis crítico del discurso y arqueología del saber: dos opciones de estudio de la sociedad. *Palabra Clave*, 14(1), 101-122. <https://palabraclave.unisabana.edu.co/index.php/palabraclave/article/view/1875/2451>.
- López Espuela F, Moreno Monforte ME, Pulido Maestre ML, Rodríguez Ramos M, Bermejo Serradilla B, Grande Gutiérrez J.(2010). La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de Enfermería. *NURE Inv.* 7(46). [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/orig\\_intimidad\\_46.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/orig_intimidad_46.pdf)
- Luque, R. (2010). El cuidado de sí. Saber, poder y discursos médicos sobre SIDA y su impacto en hombres gay. (Trabajo de grado). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá – Colombia.
- Maldonado, J. (2019). Antropología CRIP. Cuerpo, Discapacidad, Cuidado e Interdependencia. La Cifra Editorial. Ciudad de México. México.
- Marriner – Tomey, A. & Raile, M. (2002). *Modelos y teorías en enfermería*, Elsevier Mosby. 6ª edic. Madrid.
- Martín, C. y Martínez, M. (2001). *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Ed. Harcourt. Madrid.
- Martínez García, J.A. (2015). Horkheimer y su crítica de la razón instrumental: liberar de sus cadenas al pensamiento independiente. *Criterios*. León. <http://wp.me/p5x5PF-P>.
- Martínez, M. y Chamorro, E. (2017). *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. 3 edición. Elsevier España. Barcelona.
- Medina, J. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Laertes. Barcelona.
- Medina, J.L. & Sandín, M.P (2006). La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15 (2), 312-319.
- Menéndez E. L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. 451- 464.
- Merleau-Ponty, M. (2000) *Sentido y sinsentido*, Comadira, N. (trad.). Barcelona: Ediciones Península.

- Milán, M. (2017). El cuerpo como territorio. *Rev. La bitácora* 27. Universidad Nacional de Colombia. (3). 155-160.
- Ministerio de Salud de Colombia. (13 de junio de 2020). Cuidado en personas adultas mayores en aislamiento preventivo frente a la COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=&k=CUIDADO#k=%2CCUIDADO#s=11>.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Miró Bonet, M. (2008). ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976). Tesis doctoral. Universitat de Ies Illes Balears. <https://www.tdx.cat/handle/10803/9440#page=1>
- Moncayo, V. M. (2009). Presentación Fals Borda: hombre hicotea y sentipensante. En V. M. Moncayo (Compilador) Fals Borda, Orlando, Editores y CLACSO. 1925-2008. Una sociología sentipensante para América Latina. Bogotá: Siglo del Hombre
- Mondragón, G. & Ghiso A. (2010). Pedagogía Social. Universidad del Valle, Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano. 2da Edición.
- Montenegro, M; Ornstein, C. & Tapia, P. (2006). Cuerpo y corporalidad desde el vivenciar femenino. *Acta bioeth*; 12(2),165-168. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726569X2006000200004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2006000200004&lng=es).
- Moreno, A. (1990). Recurrencia semántica y significado modal en la estructura como/tal como + verbo. *Actas del Segundo Congreso Nacional de ASELE. Didáctica e investigación.* Pag.91-96.
- Moreno, C. (2006). Salud-enfermedad y cuerpo-mente en la medicina ayurvédica de la india y en la biomedicina contemporánea. *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (3), 91-121. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-54072006000200006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-54072006000200006&lng=en&tlng=es).
- Murguía, A., Ordorika, T., & Lendo, L. F. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(3).
- Nova, A (2013). Políticas institucionales que favorecen la formación integral en la educación superior colombiana. *Heurística, Revista Digital de Historia de la Educación*, Vol, 16, 82-95.

- Orem, D. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. España; Ed Masson-Salvat Enfermería. 1993. 401- 407.
- Organización Mundial de la Salud. (13 de junio de 2020). Vida saludable, bienestar y objetivos de desarrollo sostenible. <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/9/18-222042/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud (13 de junio de 2020). Cuidado y autocuidado de la salud mental en tiempos de COVID-19. [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4546:cuidado-y-autocuidado-de-la-salud-mental-en-tiempos-de-covid-19&Itemid=1062](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4546:cuidado-y-autocuidado-de-la-salud-mental-en-tiempos-de-covid-19&Itemid=1062)
- Orrego, S. & Ortiz, A. (2001). Calidad del cuidado de enfermería. Investigación y educación en enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Vol. 19, 2, 78-83.
- Paperman, P. (2011) “La perspectiva del care: de la ética a lo político”. En L. G. Arango Gaviria y P. Molinier. El trabajo y la ética del cuidado. Bogotá: La carreta editores. Universidad Nacional de Colombia. 25-44.
- Parsons, T. (1972). “El aspecto político de la estructura y proceso sociales”, en Easton, D. (comp.) Enfoques sobre teoría política, Buenos Aires, Amorrortu.
- Patterson, J. y Zderad, L. (1979). Humanistic Nursing. New York: Wiley and Sons.
- Pavez, A. (2013). La enfermería, realidad de ciudadanía y de género en Chile. Ciencia y enfermería, 19(3), 95-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000300010>
- Pedraz, M. (1997). Poder y cuerpo: el (incontestable) mito de la relación entre ejercicio físico y salud. Revista Educación Física y Ciencias. Instituto Nacional de Educación Física de León. 3 (2), 1-18.
- Pedraza, Z. (2004). “Intervenciones estéticas del yo. Sobre lo estético - política, subjetividad y corporalidad”. En: Laverde, María Cristina et al (eds.). Debates sobre el sujeto. Perspectivas contemporáneas. Bogotá: Universidad Central (DIUC) - Siglo del Hombre Editores, pp. 61-72.
- Pérez, R. (2008). Merleau-Ponty: percepción, corporalidad y mundo. Eikasía. Rev de Filosofía. IV. Disponible en: <http://www.revistadefilosofia.org>.
- Piedrahita, L. & Rosero, A. (2017). Relación entre teoría y praxis en la formación de profesionales de enfermería: revisión integradora de literatura, Enfermería Global, 47, 679 - 692.
- Pomer, L. (2004). Diferencias y semejanzas entre los métodos de reproducción del discurso en latín y en las lenguas modernas. Quaderns de Filologia. Estudis Lingüístics. Vol. IX (2004) 101-117

- Quintero, M. (2001). Enfermería en el mundo cristiano. *Revista Aquichan*, 1 (1), Bogotá, 42-45.
- Ramírez Atehortúa, Fabián Hernando, & Zwerg-Villegas, Anne Marie (2012). Metodología de la investigación: más que una receta. *AD-minister*, (20), 91-111.
- Resolución 8430. Ministerio de Salud de Colombia, Bogotá, Colombia, 4 de octubre de 1993.
- Rico, Ana María, & Iriart, Jorge Alberto Bernstein. (2013). "Tem mulher, tem preventivo": sentidos das práticas preventivas do câncer do colo do útero entre mulheres de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1763-1773.  
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00146512>
- Rivera, L. (2013). Saber y experiencia de el/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona. Barcelona, España.
- Robayo A, (2010). Subjetividades docentes en la universidad pública colombiana, comunidades de práctica a propósito de sus discursos, anteproyecto de tesis doctoral (Sin publicar), UPN, Bogotá, Colombia.
- Robayo, A. (2007). Lección de maestros -Aproximación al cuerpo de valores, creencias y formas de hacer las cosas inscrito en el discurso de los formadores en Fisioterapia. (Trabajo de grado). Universidad Pedagógica Nacional – CINDE. Bogotá – Colombia.
- Romero, M. (2007). El cuidado de enfermería en la adversidad: compromisos de resistencia desde la docencia. *Av. Enferm.* XXV (2). 112-123.
- Rossetti, A. (2016). Deudas contraídas, Córdoba, La Bella Varsovia.
- Ruiz, E, Suarez, P, Cruz & López, J. (2017). Análisis discursivo del docente en la formación profesional de enfermería: el cuidado de los pacientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 20(1). 81-94.  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/61744>.
- Scheper-Hughes, N. (1997) *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Editorial Ariel. Capítulo 5: Nervoso.
- Scott, J. (1996) *El género: Una categoría útil para el análisis histórico*. En: Lamas Marta (comp.): *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, 265-302.
- Scott, J.W. (1990). "El género: una categoría útil para el análisis histórico". James Amelang y Mary Nash: *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Edicions Alfons El Magnanim, Institutio Valenciana d'estudis i investigacion. 265-302.  
<http://bivir.uacj.mx/Reserva/Documentos/rva2006191.pdf>

- Secretaria de Salud de Boyacá (19 de marzo de 2020). Cuidado de la Salud mental, un tema para trabajar en casa. <https://www.boyaca.gov.co/cuidado-de-la-salud-mental-un-tema-para-trabajar-en-casa/>.
- Sosa-Rosas MP & Luna-Victoria FM (2014). El cuidado de Enfermería en el cuerpo de la persona con cáncer. *Enfermería Universitaria*. 11(2):73-78.
- Soto, C. & Violante, R. (2008). Los escenarios de crianza en la educación de los niños pequeños. *Pedagogía de la crianza: un campo teórico en construcción*. Editorial Paidós; Buenos aires, 55-75.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundada* (1. ed.). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. Colección Contus.
- Suarez, C. (2010). *Discurso Fisioterapéutico, esguince a la subjetividad*. (Tesis de maestría). Universidad Pedagógica Nacional – CINDE. Bogotá – Colombia.
- Tabet, L, Martins, V., Claudino S., Romano, A., Sá, N. & Garrafa, V. (2017). Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. *Saúde em Debate*, 41(115), 1187-1198. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711516>
- Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. (2019). *Enfermería*. Recuperado de [http://www.uptc.edu.co/facultades/f\\_salud/pregrado/enfermeria/inf\\_general/](http://www.uptc.edu.co/facultades/f_salud/pregrado/enfermeria/inf_general/)
- Vallana, V. (2016). Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obs-tétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Van Dijk, T. (2000). *El discurso como estructura y proceso*. Barcelona: Paidós.
- Van Dijk, T. (2002). El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. *Athenea Digital. Revista De Pensamiento E Investigación Social*, 1(1), 23-36. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n1.22>.
- Vásquez, F. (2013). *El quehacer docente*. Universidad de la Salle. Bogotá.
- Velandia, A. (1995). *Análisis crítico de las áreas de desempeño del profesional de enfermería*. Trabajo presentado en II Congreso Nacional de Exalumnos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, Santa fe de Bogotá, Colombia.
- Vélez, C. & Vanegas, J. (2011). El cuidado en enfermería, perspectiva fenomenológica. *Rev. Hacia la promoción de la Salud*. 16 (2), Universidad de Caldas. 175-189. <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126696013.pdf>

- Vinalay-Carrillo I, Torres-Lagunes MA, Vega-Morales EG. (2016). El cuerpo como instrumento del cuidado de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*;24(2):81-4. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162a.pdf>
- Walder, P. (2004). El cuerpo fragmentado. *POLIS, Revista Latinoamericana*, 2 (7), 1-18. <https://journals.openedition.org/polis/6278>
- Zapata Cano, R. (2006). La dimensión social y cultural del cuerpo. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 20 (37), 251-264. <https://www.redalyc.org/pdf/557/55703713.pdf>
- Zarate, R. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 13(44-45), 42-46. Recuperado en 16 de marzo de 2020, [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&tlng=es)

### Bibliografía

- Barros, A. (2008). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 579-587.
- Benente, M. (2017). Poder disciplinario y capitalismo en Michel Foucault, *Revista de Estudios Sociales*, 61, 86-97. <http://journals.openedition.org/revestudsoc/911>
- Benner, P. y Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley.
- Borja, J. (2012). *Pintura y cultura barroca en la Nueva Granada. Los discursos sobre el cuerpo*. Bogotá: Fundación Gilberto Álzate Avendaño
- Canevari, C. (2011). *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*. FHCSyS – UNSE.
- Carpenito, L. (1990). *Diagnósticos de enfermería*. Editorial Interamericana. Ed. 39.
- Chamizo Vega, C. (2004). La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. *Index de Enfermería*, 13(46), 40-44. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200008&lng=es&tlng=es).

- Escuela de Enfermería (2018). *Apreciación Global de Calidad del programa. Informe de autoevaluación con fines de acreditación.* Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Boyacá.
- Escuela de Enfermería. (2014). *Documento Maestro Registro Calificado.* Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Vicerrectoría Académica. Tunja, Boyacá.
- Fawcett, J. (1991). Approaches to knowledge development in nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 23(4), 23-33.
- Figari, C. (2009). La medicalización del deseo. En *Eróticas de la disidencia en América Latina: Brasil, siglos XVII al XX.* Buenos Aires. CLACSO.
- Gertenhaber, C. (2004). *Educación y cuidar en el jardín maternal*, AZ Editora, Buenos Aires.
- Hernández Garre, J., Echevarría Pérez, P., & Gomariz Sandoval, M. (2017). ¿Némesis obstétrica o disminución del riesgo? Un debate bioético el abordaje intervencionista en los partos de bajo riesgo. *Acta Bioethica*, 23(1). 161-170.  
<https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/46191/57732>
- Lugones, M. (2008) Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, Núm. 9, julio-diciembre, 2008, pp. 73-101, Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.
- Lugones, M. (2012) Subjetividad esclava, colonialidad de género, marginalidad y opresiones múltiples. En: *Pensando los feminismos en Bolivia.* Disponible en: <http://rcci.net/globalizacion/2013/fg1576.htm>
- Martínez, M. (2014). Pintura y cultura barroca en la Nueva Granada. Los discursos sobre el cuerpo. *Front. Hist. Bogotá*, 19(1), 202-208.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2027-46882014000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2027-46882014000100008).
- Mayeroff, M. (1971). *On Caring.* New York: Harper and Row.
- Piñuel Raigada, J.L. & Gaitán, J.A. (1995). *Metodología general. Conocimiento científico e investigación en la comunicación social.* Madrid: Síntesis.
- Piñuel Raigada, José Luis (2002) *Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido.* Departamento de sociología IV Facultad de CC. de la Información, Universidad Complutense de Madrid.
- Planner, B. (1981). *Holistic Nursing.* Englewood Cliffs, USA: Prentice Hall.

- Porta, L. & Silva, M. (2003). La investigación cualitativa: el análisis de contenido en la investigación educativa. 1-18. Disponible en: <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2016/01/An%C3%A1lisis-de-contenido-en-investigaci%C3%B3n-educativa-UNMP-UNPA-2003.pdf.pdf>
- Reif, F. y Larkin, J. H. (1994). El conocimiento científico y el cotidiano: comparación e implicaciones para el aprendizaje. *Comunicación, Lenguaje y Educación*, 6 (1), 3-30. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021470394321513834>.
- Robles, Á. (2014). Pardo Ibarra, Una. “Úteros históricos: permanencia de las representaciones de la feminidad monstruosa en comerciales de Buscapina Fem®”. *Cuadernos de música, artes visuales y artes escénicas*, 9 (2), 107-125.
- Rodríguez, R. (2004). La medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos. El caso de la ligadura de trompas de Falopio en la provincia de Mendoza. Universidad Nacional de Cuyo.
- Scorofitz, H. (2013) Reconversión capitalista mundial en salud mental. “Clasificar” y “medicalizar”: ¿único negocio? *Hic Rhodus. Crisis capitalista, polémica y controversias*
- Tinto Arandes, J. (2013). El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. *Provincia*, (29), 135-173.
- Troncoso, M. & Suazo S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.* 20(4), 499-503. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-21002007000400019&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002007000400019&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Watson, J (2008). Social justice and human caring: A model of caring science as a hopeful paradigm for moral justice for humanity. *Creat Nurs.* 2008;14 (2):54-61.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Consentimiento Informado para participantes de investigación**

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL  
FUNDACIÓN CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO  
HUMANO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN DESARROLLO EDUCATIVO Y SOCIAL**

#### **Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el estudiante de Maestría Luis Miguel Triana Aldana, de la Universidad Pedagógica Nacional. El objetivo de esta investigación es: Analizar las recurrencias y significaciones del discurso en torno al cuerpo y el cuidado de la salud en los docentes de la escuela de enfermería de la UPTC.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá el favor de responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Luis Miguel Triana Aldana. He sido informado (a) del objetivo del proyecto, me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Luis Miguel Triana Aldana al teléfono 3213154934.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactarme al teléfono anteriormente mencionado.

Agradezco su participación,

<b>Nombre del Participante</b>	<b>Firma del Participante</b>	<b>Fecha</b>

**Anexo 2.** *Consentimiento informado para solicitud de programas radiales docentes*

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL**  
**FUNDACIÓN CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO**  
**HUMANO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN DESARROLLO EDUCATIVO Y SOCIAL**

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación- Programas radiales

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el estudiante de Maestría Luis Miguel Triana Aldana, de la Universidad Pedagógica Nacional. El objetivo de esta investigación es: Analizar las

recurrencias y significaciones del discurso en torno al cuerpo y el cuidado de la salud en los docentes de la escuela de enfermería de la UPTC.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá dar su autorización para realizar el análisis de los programas radiales de su autoría que hayan sido emitidos al aire durante los años 2017 y 2018. De ser necesario previa comunicación, el investigador podrá solicitarle responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo/la perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Luis Miguel Triana Aldana. Me han indicado también, que de ser necesario me pedirán responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Luis Miguel Triana Aldana al teléfono 3213154934.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido al teléfono anteriormente mencionado.

Agradezco su participación,

---

Nombre del Participante

---

Firma del Participante

---

Fecha

### **Anexo 3. Entrevista**

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL**  
**FUNDACIÓN CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO**  
**HUMANO**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN DESARROLLO EDUCATIVO Y SOCIAL**

#### **1. Presentación de la entrevista y objetivo**

Se inicia agradeciendo al entrevistado por aceptar realizar la entrevista. Enseguida, se procede a la presentación del investigador y se informa al entrevistado(a) que en el contexto de la Maestría en Desarrollo Educativo y Social de CINDE, el entrevistador en su calidad de estudiante de la Maestría realiza su proyecto de investigación, el cual tiene como objetivo: Analizar las recurrencias y significaciones del discurso en torno al cuerpo y el cuidado de la salud en los docentes de la escuela de enfermería de la UPTC. Se informa sobre el proceso y el alcance de la investigación, en la cual participaran otros docentes miembros de la comunidad educativa. La investigación se titula Discursos en torno al cuerpo y cuidado de la salud en la escuela de enfermería de la UPTC.

Después, se procede a solicitar el consentimiento informado del entrevistado(a) con su respectiva firma, se pide autorización para grabar la entrevista y se aclara que la información recolectada será empleada únicamente para fines investigativos, y no tendrá repercusiones negativas en el vínculo del entrevistado(a) con la Institución, pues es confidencial y no implica evaluaciones personales, se debe transmitir que no se trata de valorar sus respuestas, si están bien o mal. No hay respuestas correctas ni incorrectas a cada pregunta. Se aclara al entrevistado(a) que, si no desea responder alguna de las preguntas, podrá no hacerlo con total libertad.

## **2. Preguntas**

Se inicia la conversación acordando la dinámica de diálogo y creando el ambiente propicio.

1. Si tuviera que hablar del cuerpo ¿Qué es lo primero que diría?, ¿Por qué?, ¿Qué es para usted el cuerpo?
2. En ese sentido ¿Por qué es importante hablar del cuerpo en enfermería? ¿Qué es el cuerpo en enfermería?
2. Hoy en día, ¿Qué se debería enseñar sobre el cuerpo en enfermería? ¿Por qué piensa esto?
3. En la profesión de enfermería ¿Cómo se relaciona el cuerpo con el autocuidado y el cuidado de la salud? ¿Existen diferencias? ¿Cuáles?
4. A nivel personal ¿Qué sentido tiene para usted el cuidado? ¿Por qué?
5. Pensando en clave de la educación ¿Cómo usted entiende la formación integral de los estudiantes de enfermería? ¿Usted cree que la universidad cumple con esa formación integral? ¿Por qué?
7. Entonces, ¿Cómo sería una educación de calidad en enfermería? ¿Por ejemplo?
8. Para terminar ¿Cómo los enfermeros y enfermeras aportamos a una educación de calidad? Finalmente, ¿hay algo más que quisiera comentar o añadir?

## **3. Cierre y conclusión**

Se agradece una vez más por haber participado en la conversación y se informa al entrevistado(a) que puede consultar los resultados y la grabación de este espacio en el momento que así lo requiera.

**Anexo 4. Solicitud de permiso a comité curricular**

Tunja, 5 de marzo de 2019

Señores(as)

**COMITÉ DE CURRÍCULO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA.**

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia  
Ciudad

Ref. Solicitud documentos

Cordial Saludo,

En mi calidad de estudiante de segundo semestre de la Maestría en Desarrollo Social y Educativo de la Universidad Pedagógica Nacional en convenio con la Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (CINDE) y en el desarrollo de mi tesis de Maestría denominada “Discursos en torno al cuerpo y cuidado de la salud en la escuela de enfermería de la UPTC. Análisis desde una perspectiva de género” cuyo objetivo general es Analizar las recurrencias y significaciones del discurso en torno al cuerpo y el cuidado de la salud en los docentes de la escuela de enfermería de la UPTC. Dicha investigación se sitúa en el paradigma Hermenéutico y se realizará con la metodología de Análisis Crítico del Discurso a través de tres fases. Para lo cual, solicito antes ustedes por favor, acceso y copias de los siguientes documentos para el logro de los objetivos de dicho proyecto.

- Fase uno: Recolección de datos e información del programa académico de enfermería, se pretende recolectar la información sobre las apuestas y los horizontes de los docentes en la enseñanza de los contenidos de salud, el cuidado y el cuerpo en los sujetos en formación, para lo cual solicito los siguientes documentos: el proyecto académico educativo del programa de enfermería 2010-2019, microcurrículos del área disciplinar de los años 2017 y 2018 (o los posibles dentro de esas fechas), informe para la obtención del registro calificado y el informe de acreditación.

- Fase dos: Análisis de programas radiales con la intención de visualizar los alcances y características del discurso de los docentes en un medio masivo de comunicación, solicito los siguientes documentos: los guiones de los programas radiales que fueron elaborados y se emitieron al aire por los docentes en los años 2017 y 2018 (o los posibles dentro de esas fechas).

\*Solicitud realizada previamente a la profesora Natalia Riaño.

- Fase tres: Triangulación a través de entrevistas para identificar las marcas discursivas y el giro de sentido en el ejercicio pedagógico, las cuales se realizarán una vez analizada la información de las fases anteriores, y se seleccionarán algunos docentes, previa información y socialización de consentimiento informado. Las entrevistas se programarán en su debido tiempo y estas serán de manera voluntaria.

Cabe aclarar que, los documentos solicitados solamente se utilizaran con fines investigativos de la tesis en mención.

Mi intención y compromiso como egresado es realizar la socialización de los resultados obtenidos antes ustedes y la comunidad educativa que conforman la escuela de enfermería una vez culminado el proceso de investigación.

Agradezco su colaboración y pronta respuesta.

Quedo pendiente cualquier inquietud

Cordialmente,

---

Luis Miguel Triana Aldana

CC 1.049.633.340 de Tunja

**Anexo 5. Resumen para análisis de documentos institucionales**

**Documentos institucionales del programa de enfermería**

<b>Clasificación</b>	<b>Nombre</b>	<b>Tema</b>	<b>Contenido</b>
RGC	Documento Maestro de Registro Calificado	Renovación del registro calificado para el programa de enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.	<p>Se estructura las condiciones con las que cuenta el programa con el objetivo de obtener la renovación del registro calificado para el programa de enfermería de la UPTC.</p> <p>En este documento se reconoce las acciones de tipo reflexivo</p> <p>encaminadas a entender los aspectos curriculares, estructura y organización de los contenidos curriculares, plan de estudios, contenidos programáticos, organización de las actividades académicas de formación por créditos académicos, estrategias metodológicas, mecanismos de selección y evaluación de estudiantes, procesos de investigación, docentes, recursos y medio educativos, infraestructura y recursos financieros para emprender las tareas pertinentes en pro de enriquecer la calidad de la educación que ofrece a la comunidad el programa.</p>
PAE	Proyecto académico educativo, programa de enfermería 2010-2019	Proyecto Académico Educativo (PAE) 2010-2019, del Programa de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC)	Documento que orienta y direcciona la razón de ser y el quehacer del programa de enfermería, a partir del rediseño curricular y la autoevaluación con fines de acreditación. Contempla aspectos generales del programa, lineamientos estratégicos (visión, misión,

			justificación, propósitos, etc., lineamientos curriculares (modelo pedagógico, contextos de aprendizaje, políticas académicas, principios orientadores, etc.), la organización del plan de estudios, entre otras.
IAFA	Informe de autoevaluación con fines de acreditación	Autoevaluación y descripción de condiciones de cumplimiento del proceso de acreditación de programa.	Documento que recoge la apreciación global de calidad del programa de enfermería, a través de requisitos establecidos por el Sistema Nacional de Acreditación para las instituciones de Educación Superior en el cumplimiento de los más altos requisitos de calidad que realizan, con sus propósitos y objetivos establecidos. Recoge gran parte de la información sustentada en el PAE y el registro calificado.

**Anexo 6. Resumen análisis de artículos científicos**

**ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN DE LOS DOCENTES DEL ÁREA DISCIPLINAR ESCUELA DE ENFERMERÍA**

<b>Cód.</b>	<b>Línea de investigación</b>	<b>Especialidad del docente</b>	<b>Contenido / Planteamiento central</b>	<b>Referencia Formato APA 6</b>
ARTO 1	Alimentación Saludable	Salud Pública y atención primaria en salud	La alimentación como escenario de reconocimiento de la realidad social, empoderamiento comunitario y favorecimiento de los espacios de participación, a través de la	Herrera Giraldo, S., Panader Torres, A., Cárdenas Cárdenas, L., & Agudelo Cely, N. (2012). Promoción de una alimentación saludable: experiencia en Tunja, Colombia. <i>Avances en Enfermería</i> , 30(1), 55-63. Recuperado de <a href="https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/3">https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/3</a>

			educación y la agricultura urbana enmarcado en acciones de promoción de la salud.	<a href="#">5436/36130</a>
ARTo 2	Escuela Saludable	Salud Pública y atención primaria en salud	Reconocimiento del ejercicio del profesional de enfermería en el campo comunitario de la salud de los escolares por medio de intervenciones colectivas e intersectoriales en un municipio.	Cárdenas LM, Suárez C, Agudelo N (2010). Implementación de la estrategia escuela saludable: una alianza intersectorial. Invest Educ Enferm; 20(3): 428-434.
ARTo 3	Cuidados de enfermería en terapias de reemplazo renal continuo	Enfermería del adulto, enfermedades crónicas y cuidado crítico	La intervención del profesional de enfermería como pieza fundamental dentro del engranaje de acciones que permite que la terapia de reemplazo renal continuo funcione, por ser generalmente éste el primero en reconocer los signos y síntomas que indican la necesidad de instaurar la TRRC.	Bolívar, Y & Barbosa, G. (2006). Enfermería y las terapias de reemplazo renal continuo. Revista Salud, Historia Y Sanidad On-Line, 1(1). 24 – 29.
ARTo 4	Cuidado intersubjetivo de enfermería	Enfermería del niño y del adolescente	Para las necesidades de cuidado en los padres, la enfermera utiliza dos recursos en los cuales se fundamenta el cuidado intersubjetivo, la intuición y la empatía las cuales	Riaño Niño RN, Villarraga de Ramírez L. Cuidado intersubjetivo de enfermería a padres de una niña en inminencia de muerte. Rev Cuid. 2014; 5(1): 644-51.

			están mediadas por el compromiso afectivo establecido a través de la calidad del vínculo y el cuidado.	
ARTO 5	Experiencia del estudiante en reanimación cardiopulmonar	Enfermería del niño y del adolescente	La conciencia de la subjetividad es determinada cuando el estudiante interactúa con el sujeto de cuidado, se entremezclan emociones y respuestas humanas que son expresadas de diversas formas, impulsando una serie de situaciones que hacen que el estudiante se involucre con las experiencias clínicas y de cuidado en la adversidad.	Riaño Niño, R., & Valderrama Sanabria, M. (2018). La reanimación cardiopulmonar desde la experiencia del estudiante: estudio de caso. Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo, 20(1). <a href="https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.rcee">https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie20-1.rcee</a>
ARTO 6	Cuidado de enfermería a domicilio durante el puerperio	Enfermería mujer y recién nacido	La etapa del puerperio requiere de intervenciones específicas, debido a que pueden ocurrir complicaciones; es una etapa de contrastes y adaptaciones, la cual requiere del apoyo familiar y la intervención en el cuidado del profesional de Enfermería.	Prieto, B. (2012). Cuidado de enfermería domiciliario durante el puerperio a la luz de la teoría de los cuidados. Revista Cuidarte, [S.l.], v. 3, n. 1. Disponible en: < <a href="https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/35">https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/35</a> >.
ARTO 7	Prácticas de cuidado durante la gestación	Enfermería mujer y recién nacido	Existen prácticas de cuidado en el periodo prenatal que están enmarcadas en	Prieto, B, B (2016). Prácticas de cuidado y su influencia durante la gestación en Tunja, Colombia. Revista Cubana de Enfermería

			un contexto sociocultural que influye directamente en el embarazo, por lo tanto, se propone un reconocimiento de estas formas de cuidado para permitir una atención en salud humanizada y de calidad.	[revista en Internet]. Disponible en: <a href="http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/825">http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/825</a>
ARTO 8	Necesidades y cuidado de enfermería en la diada cuidador - persona	Gestión de servicios de enfermería y salud	En muchos casos se omite cuidados al familiar, olvidando que este sufre sobrecarga, el profesional de enfermería debe encaminar intervenciones de tipo social, psicológico y educativo que permitan la autonomía entre el cuidador y la persona.	Hernández, Nubia Esperanza, Moreno, Claudia María, & Barragán, Julián Andrés. (2014). necesidades de cuidado de la diada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. Revista Cuidarte, 5(2), 748-756. Disponible en: <a href="https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87">https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87</a>
ARTO 9	Afrontamiento y dolor crónico en personas con cáncer	Gestión de servicios de enfermería y salud	Se debe realizar estrategias de afrontamiento no solo del aspecto físico y fisiológico de dolor en cáncer, sino que se deben contemplar elementos psicológicos y emocionales que trasciendan la terapia farmacológica, la cual no es suficiente dentro de un cuidado integral	BARRAGÁN, Julián; ALMANZA, Geraldine (2013). Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. Aquichan, [S.l.], v. 13, n. 3. ISSN 2027-5374. Disponible en: < <a href="http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/articloe/view/2302/3293">http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/articloe/view/2302/3293</a> >

			propuesto.	
ARTO 10	Igualdad de género en educación y salud	Gestión de servicios de enfermería y salud	El cuidado en salud sigue siendo subordinado a las mujeres y contemplado como rol femenino, ocasionado por los estereotipos sociales que instauro la lógica de lo masculino, repercutiendo en relaciones de equidad, se deben transformar estas lógicas normativas que amplían las brechas entre hombres y mujeres.	Gutiérrez M del C, Barragán JA, Devia JA. (2017) Construcción de conciencia para la igualdad de género en la educación y la salud. Rev.salud. hist.sanid.on-line;12(3):77-86. Disponible en <a href="http://www.shs.agenf.org/">http://www.shs.agenf.org/</a>
ARTO 11	Perspectiva espiritual en la mujer con cáncer	Cuidados alternativos y bioética	La mujer con cáncer recurre a diferentes significados de su enfermedad, entre ellas se evidencia la dimensión espiritual como una necesidad de cuidado que permita un cuidado integral significativo en sus vidas y el reconocimiento como persona.	Galvis, M; Pérez, B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. Aquichan, [S.l.], v. 11, n. 3. ISSN 2027-5374. Disponible en: <a href="http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2016">http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2016</a>
ARTO 12	Nivel de independencia funcional	Cuidado de Enfermería al adulto	Se debe tener en cuenta el restablecimiento progresivo de las funciones básicas de organismo tras el alta en cuidados intensivos, por eso se debe evaluar el grado de independencia	Barragán-Becerra JA, Moreno-Mojica CM, Hernández-Bernal NE, (2018). Nivel de independencia funcional tras el alta de cuidados intensivos. Med Int Méx;34(5):683-691.

			funcional y desenvolvimiento en la sociedad de las personas que egresan de UCI, como forma de contrarrestar implicaciones futuras de tipo social y familiar.	
ARTo 13	Practicas pedagógicas y de aprendizaje	Cuidado de enfermería a la mujer y recién nacido	Las practicas docentes muchas veces dejan a un lado el componente emocional y sensible de la educación, provocando que el conocimiento se transmita de forma bancarizada e instrumental y haciendo que el estudiante asuma un rol pasivo frente al conocimiento que no trasciende del ámbito laboral.	Moreno Mojica, C., & Barragán Becerra, J. (2018). Prácticas pedagógicas y procesos de aprendizaje. <i>ÁNFORA</i> , 26(46), 91-100. <a href="https://doi.org/10.30854/anf.v26.n46.2019.559">https://doi.org/10.30854/anf.v26.n46.2019.559</a>
ARTo 14	Intervenciones de enfermería en la mujer en postparto	Cuidado de enfermería a la mujer y recién nacido	Se debe reconocer y analizar las necesidades de la mujer en postparto para brindar herramientas, planear cuidados y autocuidado de la mujer y el recién nacido para disminuir la morbi-mortalidad materno-perinatal.	Moreno Mojica, Claudia, Rincón Villa Mil, Tania, Arenas Cárdenas, Yuri Marcela, Sierra Medina, Diana, Cano Quintero, Ángela Paola, & Cárdenas Pinzón, Deisy Liseth. (2014). La mujer en postparto: un fenómeno de interés e intervención para la disciplina de enfermería. <i>Revista Cuidarte</i> , 5(2), 739-747. Disponible en: <a href="https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.86">https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.86</a>
ARTo 15	Cuerpos de mujeres en	Cuidado de enfermería a la mujer y recién	El cuerpo y la corporalidad son dos dimensiones de análisis persistentes	Galindo Huertas, Mayra Solayne, & Herrera Giraldo, Sandra Lorena. (2017). Cuerpos de mujeres: procesos de

	procesos de desvictimización	nacido, enfoque cualitativo. Cuidado de enfermería al adolescente.	en la comprensión del vivenciar humano, ambos: cuerpo y corporalidad, no son elementos dicotómicos, sino unidades dialécticas que se construyen y re-construyen en el mundo de significados.	desvictimización. La ventana. Revista de estudios de género, 5(45), 88-119. Recuperado de <a href="http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1405-94362017000100088&amp;lng=es&amp;lng=es">http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1405-94362017000100088&amp;lng=es&amp;lng=es</a> .
ARTO 16	La categoría de género en investigación en enfermería	Cuidado de enfermería a la mujer y recién nacido, enfoque cualitativo. Cuidado de enfermería al adolescente.	El cuidado de enfermería debe ser un fenómeno de análisis de urgencia desde una perspectiva de género, ya que el discurso en la profesión se ha usado de manera auto explicativa de forma retórica que impide acciones de tipo transformador.	Galindo Huertas, Mayra Solanye, & Herrera Giraldo, Sandra Lorena. (2017). La categoría de género en la investigación y producción de conocimiento en enfermería en Iberoamérica: aportes para el debate. La ventana. Revista de estudios de género, 5(46), 177-201. Recuperado de <a href="http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1405-94362017000200177&amp;lng=es&amp;lng=es">http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1405-94362017000200177&amp;lng=es&amp;lng=es</a>
ARTO 17	Cuidado de enfermería a y exposición corporal	Cuidado de enfermería a la mujer y recién nacido, enfoque cualitativo. Cuidado de enfermería al adolescente.	Los procesos de crianza y de socialización de familia, cultura y sociedad son los que determinan las concepciones frente al cuerpo, la desnudez, la intimidad, el pudor, etc., que también tienen diferencia entre géneros. Dichos procesos en la atención en salud y el cuidado de	Arcos O, F., & Galindo Huertas, S. (2012). La exposición corporal y el cuidado de enfermería. Cultura de los cuidados, 0(28), 63-70. doi: <a href="https://doi.org/10.7184/cuid.2010.28.09">https://doi.org/10.7184/cuid.2010.28.09</a>

			enfermería se ve afectado por los procesos rutinarios que ven a las patologías por encima de la integridad del ser.	
ARTO 18	Calidad de vida de los profesionales de enfermería	Cuidado de enfermería a la mujer y recién nacido, enfoque cualitativo. Cuidado de enfermería al adolescente	El cuidado de enfermería no se centra en el cuidado directo de las personas y colectivos, debido a las reformas en salud, que ha tornado el ejercicio profesional más rutinizado y deshumanizado, a raíz de la sobrecarga laboral y los horarios extenuantes, casi que el modelo biomédico predomina en las acciones de cuidado de los enfermeros y enfermeras.	Romero, M., Mesa, L., & Galindo, S. (2008). Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. Avances en Enfermería, 26(2), 59-70. Recuperado de <a href="https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12899/13500">https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12899/13500</a>
ARTO 19	Pervivencias y resistencia históricas en la resignificación del uniforme de enfermería.	Cuidado de enfermería a la mujer y recién nacido, enfoque cualitativo. Cuidado de enfermería al adolescente	El uniforme como unidad simbólica de representación en enfermería, configura y permea el Yo personal, además de representar un elemento protector contra la suciedad. El uniforme es dotado de diferentes sentidos y significados que proyectan una imagen a la sociedad que permite que	Galindo, S (2007). Pervivencias y resistencia históricas en la resignificación del uniforme de enfermería. Biblioteca Lascasas; 3(1). Disponible en < <a href="http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lco205.php">http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lco205.php</a> >

			afloren discursos de autoridad y liderazgo en el cuidado como muestra de identidad en la profesión.	
ARTO 20	Conducta alimentaria en estudiantes de Tunja	Cuidado de enfermería al adulto, enfoque cualitativo, epidemiología	Se encuentra que los trastornos de la conducta alimentaria se vienen incrementando en el departamento de Boyacá, impulsados por cambios importantes en la percepción de una imagen corporal extremadamente delgada, estereotipo de las personas exitosas, promovida por los medios de comunicación, a la vez que por modificaciones en los hábitos y comportamientos alimenticios de los jóvenes y adolescentes, que incorporan a la dieta alimentos procesados, con elevada carga energética y bebidas excesivamente endulzadas, sumado el estrés académico puede desarrollar trastornos en la conducta alimentaria.	Barrera Sánchez, Lina Fernanda, Manrique-abril, Fred Gustavo, & Ospina Díaz, Juan Manuel. (2013). Evaluación de la conducta alimentaria en estudiantes de Tunja (Boyacá, Colombia) - 2012. Hacia la Promoción de la Salud, 18(2), 55-65. Disponible en: <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=So121-75772013000200005&amp;lng=en&amp;lng=es">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=So121-75772013000200005&amp;lng=en&amp;lng=es</a> .

ARTo 21	Evaluación de material educativo en salud a partir de instrumentos psicométricos	Cuidado de enfermería al adulto, enfoque cualitativo, epidemiología	El proceso de evaluación de la calidad del material educativo permite ampliar la probabilidad de éxito y eficiencia, ya que materiales inapropiados no sujetos a una valoración previa a su difusión podrían llevar a resultados no deseados, en particular, en la actitud y motivación de las personas hacia el cambio.	Barrera Sánchez, Lina F, Manrique Abril, Fred G, & Ospina Díaz, Juan Manuel. (2011). Propiedades psicométricas de instrumentos utilizados para evaluar material educativo en salud. <i>Hacia la Promoción de la Salud</i> , 16(1), 13-26. Recuperado de: <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=So121-75772011000100002&amp;lng=en&amp;lng=es">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=So121-75772011000100002&amp;lng=en&amp;lng=es</a> .
ARTo 22	Intervención educativa en prácticas de nutrición	Cuidado de enfermería al adulto, enfoque cualitativo, epidemiología	La implementación de intervenciones educativas para la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas de nutrición, en las primeras etapas de la vida permite impactar de forma favorable a través de actividades teórico-prácticas de participación comunitaria.	Barrera Sánchez, Lina Fernanda, Herrera Amaya, Giomar Maritza, & Díaz, Juan Manuel Ospina. (2014). Intervención educativa para modificación de conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición en Boyacá, Colombia. <i>Revista Cuidarte</i> , 5(2), 851-958. <a href="https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.127">https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.127</a>
ARTo 23	Cesárea	Seminario cualitativo	Se pone en debate el uso indiscriminado de la cesárea como una práctica rutinaria sin justificación. Se propone que sea un procedimiento llevado a consenso entre el profesional de obstetricia y las madres y familias,	Manrique-Abril FG, Herrera-Amaya GM, Bernal BM, Cuevas OM, Manrique OV, Santos DM, Barrera JM, Ospina JM (2017). Cesárea hoy, riesgo vs protección materno fetal. <i>Rev.salud.hist.sanid.on-line</i> . Disponible en <a href="http://www.shs.agenf.org/">http://www.shs.agenf.org/</a>

			pues es un método eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal, pero también puede ser un riesgo en casos innecesarios e injustificados.	
ARTO 24	Condiciones laborales y satisfacción de profesionales de enfermería	Seminario cualitativo, Cuidado de enfermería al adulto	Evaluar la satisfacción laboral con respecto a la satisfacción laboral relacionado con aspectos como la familia, el tipo de contrato, modalidad de contratación y factores influyentes. Se hace necesario el reconocimiento de derechos de los enfermeras y enfermeras y el bienestar laboral para el aumentar el grado de satisfacción laboral en los profesionales.	Herrera-Amaya, G., & Manrique-Abril, F. (2009). Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. <i>Aquichan</i> , 8(2). Recuperado de <a href="http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/150/286">http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/150/286</a>
ARTO 25	Salud y ambiente cultivadores de papa del centro de Boyacá	Seminario cualitativo	A través de la educación en salud se establecen estrategias de acompañamiento a las poblaciones posibilitando el desarrollo humano de las personas y logrando trascender de la dimensión patológica a dimensiones de salud, ambiente y trabajo.	Ospina JM, Manrique FG, Ariza NE (2008). Salud, ambiente y trabajo en poblaciones vulnerables: los cultivadores de papa en el centro de Boyacá. <i>Rev Fac Nac Salud Pública</i> ; 26(2): 143-152.
ARTO	Intervenci	Seminario	Las intervenciones	Fernández, Alba Rosa, &

26	<p>ón educativa para el agenciamento del Autocuidado del adulto mayor hipertenso</p>	cualitativo	<p>de enfermería logran cambios en la calidad de vida de los pacientes hipertensos a través de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, con un apoyo educativo, que propicie cambios de conducta, logre motivar y concientizar a los pacientes para el autocuidado y aumentando el interés hacia su salud.</p>	<p>Manrique-Abril, Fred Gustavo. (2010). Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. Ciencia y enfermería, 16(2), 83-97. <a href="https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200009">https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200009</a></p>
ARTO 27	<p>Rol de enfermería en el apoyo social del adulto mayor</p>	Seminario cualitativo	<p>Existe una serie de estrategias de interacción directa que el enfermero y/o enfermera pueden realizar para generar cambios en la conducta individual y la red social del adulto mayor, logrando redes más responsables y duraderas que permitan conductas saludables que mejoren la calidad de vida de la persona, por esto el rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor, implica apoyo emocional, de la información y la ayuda que se intercambian</p>	<p>Fernández Alba, R., &amp; Manrique-Abril, F.G. (2010). Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enfermería Global, (19) Recuperado en: <a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1695-61412010000200016&amp;lng=es&amp;tlng=es">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1695-61412010000200016&amp;lng=es&amp;tlng=es</a>.</p>

			durante esa interacción	
ARTO 28	Prácticas de autocuidado en gestantes con riesgo de contraer Chagas	Cuidado de enfermería al adulto, Fundamentos de enfermería	El riesgo de contraer Chagas está fuertemente relacionado con prácticas con carencias higiénicas de tipo ambiental y domiciliaria y el nivel educativo, por eso se propone acciones encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de tipo colectivo y la intervención y modificación de prácticas de autocuidado que interfieren en las acciones eficaces para el control de la enfermedad.	Manrique A, Fred G, Camacho, Sandra M, Saavedra I, Deisy L, Herrera A, Giomar M, & Ospina D, Juan M. (2010). Prácticas de autocuidado en gestantes con riesgo de contraer enfermedad de Chagas en Monquirá y Miraflores, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 28(3), 230-241. Retrieved April 17, 2019, from <a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=So120-386X2010000300004&amp;lng=en&amp;tlng=es">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=So120-386X2010000300004&amp;lng=en&amp;tlng=es</a> .

**Anexo 7. Resumen Contenidos Programáticos y programas radiales**

Código	Asignatura	Semestre	Metodología	Contenidos temáticos
CP001	Bioética	Cuarto	Teórico	Historia y fundamentación de la bioética, Ética del cuidado, código de ética de enfermería, dilemas éticos en enfermería, legislación bioética en enfermería, ética en la salud y el acto de cuidado, problemas bioéticos de la actualidad: clonación, manipulación genética, objeción de conciencia, aborto terapéutico, prolongación de la vida y la muerte, eutanasia, suicidio asistido, distanciamiento, ética en investigaciones de los seres

				vivos y el medio ambiente
CP002	Educación para la salud	Quinto	Teórico	Fundamentos de educación pedagógica, didáctica, enseñanza y aprendizaje, promoción de la salud educación y comunicación, educación en salud determinantes socioeconómicos y ambientales, teorías y modelos educativos educación en enfermería, empleo eficiente de recursos, técnicos y ayudas didácticas, desarrollo del proyecto educativo
CP003	Electiva de profundización clínica	Octavo	Teórico – práctico	Contextualización de la Práctica Profesional y la Práctica clínica dentro del ejercicio profesional de enfermería, El cuidado de Enfermería en la Práctica Clínica: Rol, Gestión e Intervenciones, Construcción de la práctica clínica a partir de la evidencia y la investigación, Gestión de Unidades de Mediana y Alta Complejidad, Profundización en el Cuidado de Enfermería a la persona hospitalizada en Unidades de Mediana y Alta Complejidad, Intervenciones y Cuidado de Enfermería a las personas con problemas críticos de enfermedad. Revisión de temáticas, técnicas y procedimientos que aportan al cuidado de la persona en Unidades de Mediana y Alta Complejidad, Cuidado de Enfermería al niño hospitalizado, Cuidado de enfermería a personas con riesgo o pérdida de la integridad de la piel, Cuidado de enfermería a la persona que requiere soporte nutricional y metabólico.
CP004	Electiva de	Octavo	Teórico –	La investigación como soporte de

	profundización en investigación		practico	la práctica profesional y la práctica clínica, Lectura crítica de artículos científicos, Investigación en Enfermería, Revisión teórica y conceptual de la investigación, Trabajo de campo y las estrategias metodológicas, Análisis y sentido de los datos.
CP005	Electiva interdisciplinar Catedra para la vida	Segundo	Teórico	Aspectos misionales e Institucionales de la Escuela y la Uptc, Proyecto de vida, Habilidades para la vida, Conocimientos de sí mismo (a), Pensamiento crítico, Toma de decisiones, Solución de problemas y conflictos, Empatía, Relaciones interpersonales, Teoría de resiliencia y riesgo
CP006	Electiva interdisciplinar cuidado, cultura y género	Segundo	Teórico	Comprensión de las categorías Cultura, cuidado y género en el proceso de formación profesional, La cultura como dimensión constitutiva del Cuidado de enfermería y de la salud de las poblaciones, La categoría Género en el proceso salud enfermedad y sus implicaciones y expresiones en el Cuidado de la salud y la vida, La diversidad de conceptos sobre la Cultura, el Género y el Cuidado, La cultura como mediadora en las relaciones del sujeto que se cuida, Conceptualizaciones básicas sobre el Cuidado y su relación con la cultura, Género e identidad: Proceso de construcción de lo femenino y lo masculino y su relación con el Cuidado.
CP007	Electiva interdisciplinar tanatología	Segundo	Teórico	Concepto de Muerte, Creencias, conceptos y prácticas personales, familiares y sociales de la muerte,

				Creencias, conceptos y prácticas de la muerte en las culturas andinas, La muerte en el cine, La muerte y el duelo, Abordaje clínico de la muerte, Muerte y duelo durante las etapas del ciclo vital humano, Limitación del Esfuerzo Terapéutico
CP008	Electiva interdisciplinarios cuidados alternativos	Séptimo	Teórico	Concepciones acerca de la salud-enfermedad, vida – muerte y cosmovisión: medicina occidental, medicina tradicional china, medicina tradicional colombiana, Terapias tradicionales y alternativas etnobotánica, cuidados generales de las terapias alternativas: acupuntura, cromoterapia, biodanza, medicina mental y corporal: yoga, meditación, chakras, quiropraxia, etc.
CP009	Enfermería adolescente	<b>Sexto</b>	Teórico – practico	Crecimiento y desarrollo de la mujer y hombre adolescente, Habilidades para la vida como estrategia de promoción de la salud en la adolescencia, Salud sexual y reproductiva en la adolescencia, Situaciones especiales de salud en la adolescencia
CP010	Enfermería adulto 1	Sexto	Teórico- practico	Características biopsicosociales y sexuales del adulto, políticas públicas en salud, generalidades de atención primaria en salud, modelos y teorías de enfermería aplicados al cuidado de enfermería, nutrición enteral y parenteral, Cuidado de Enfermería a la persona Adulta, familia y cuidador con dolor, Cuidado de Enfermería a la persona Adulta, familia y cuidador con Cáncer, Cuidado de Enfermería a la persona Adulta,

				<p>familia con alteraciones Cardiovasculares, Cuidado de Enfermería a la persona Adulta y familia con alteraciones respiratorias, Cuidado de Enfermería a la persona Adulta y familia con: Anemia, hemofilia, Cuidado de Enfermería a la persona Adulta y familia con: LES, Artritis, Cuidado de Enfermería a la persona Adulta y familia con: Gastritis, úlcera y Colitis, Cuidado de Enfermería a la persona Adulta y familia con Insuficiencia renal. Diálisis. Hemodiálisis, Cuidado de Enfermería a la persona Adulta y familia con: Hepatitis, Cirrosis, Cuidado de Enfermería a la persona Adulta y familia con: Hipo/ hipertiroidismo, Diabetes Mellitus, síndrome metabólico.</p>
CP011	Enfermería adulto 2	Séptimo	Teórico-practico	<p>Cuidados de enfermería a la persona adulta con alteración que requiere tratamiento quirúrgico, papel de enfermería en el perioperatorio, ambiente quirúrgico, cuidado de enfermería en el peri-operatorio, transoperatorio y postoperatorio, cuidados según tipos de cirugía, diferencias en el cuidado, cuidados de enfermería al adulto con alteraciones que requieren manejo en unidad de urgencias, cuidado a la persona politraumatizada, cuidados por lesión de los tejidos por agentes físicos, químicos o biológicos, cuidados de enfermería a la persona que presenta intoxicación por alimentos, medicamentos y otras sustancias tóxicas.</p>

CP012	Enfermería adulto mayor	Séptimo	Teórico-practico	Legislación sobre envejecimiento y vejez, situación del adulto mayor en Boyacá y Colombia, teorías del envejecimiento, terminología geriátrica, cambios estructurales y funcionales en el adulto mayor, sociedad y envejecimiento.
CP013	Enfermería mujer y recién nacido	Cuarto	Teórico-practico	Situaciones especiales de salud de la mujer /pareja, salud mental y problemas psicosociales de la mujer y la familia, situación actual de la salud materno - perinatal, cuidado a la mujer – hijo durante la gestación, cuidado a la gestante-hijo/pareja durante el parto y el nacimiento, cuidado a la madre/pareja durante el posparto, cuidado al recién nacido durante su adaptación a la vida extrauterina
CP014	Enfermería Niño	Quinto	Teórico-practico	Situación de social y de salud del niño colombiano, consulta de enfermería para el control y vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño menos de 10 años, salud mental y problemas psicosociales del niño, problemas de salud más frecuentes
CP015	Enfermería, salud mental y psiquiatría	Quinto	Teórico – practico	Atención primaria en salud con enfoque familiar, determinantes psico-sociales, socio económicos y ambientales que influyen en la salud, Situación de Salud mental en el mundo, Modelos y teorías de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría, Naturaleza de la enfermedad mental, Epidemiología de la enfermedad mental, Necesidades fundamentales en salud mental, Detección de la enfermedad mental a nivel primario, Maltrato infantil – violencia intrafamiliar

				<p>y abuso sexual, Evaluación de la persona con trastorno mental, Semiología psiquiátrica, Trastornos psíquicos, Tratamiento y manejo del paciente con Enfermedad Mental en Atención Primaria, Psicofármacos y neurotransmisores, Relación enfermero paciente - Intervención en crisis. Epidemiología del consumo de SPA, Conductas asociadas al consumo de SPA, Redes de apoyo, intervención y rehabilitación del consumidor de SPA, Epidemiología del suicidio en Colombia y Boyacá – Atención de Enfermería, Urgencias en psiquiatría, Repercusiones de la enfermedad mental, Rol terapéutico de la enfermera en salud mental</p>
CPo16	Enfermería Salud Publica	Octavo	Teórico-practico	No contiene contenidos
CPo17	Farmacología 1	Tercero	Teórico	<p>Conceptos generales, cuidado de enfermería en el proceso de administración de líquidos endovenosos y electrolitos, medicamentos del sistema nervioso, medicamentos en personas con alteraciones gastrointestinales, enfermedades infecciosas, alteraciones respiratorias, alteraciones metabólicas y endocrinas.</p>
CPo18	Farmacología 2	Cuarto	Teórico	<p>Rol del profesional de Enfermería en el proceso de administración segura de medicamentos, Fundamentos generales para el proceso de administración de medicamentos, Normas para la</p>

				administración segura de medicamentos, Responsabilidad ética y legal en el proceso de administración de medicamentos, La farmacovigilancia como una estrategia en el proceso de administración segura de medicamentos, cuidados de enfermería en el proceso de administración de medicamentos en personas con alteraciones cardiovasculares, hematopoyéticas, metabólicas y endocrinas, renales y neoplásicos, vitaminas como agentes terapéuticos.
CP019	Gestión de servicios de enfermería	Sexto	Teórico	El proceso administrativo y su impacto en las organizaciones de enfermería, enfermería como estructura organizacional, estrategias para el ejercicio gerencial de enfermería, estrategias de creación de servicios de enfermería, calidad y seguridad del paciente, mejoramiento continuo.
CP020	Fundamentos de enfermería	Tercero	Teórico – práctico	La narrativa, el reconocimiento de la profesión: símbolos, roles, ética en el profesional de enfermería, proceso de atención de enfermería (PAE), seguridad del sujeto de cuidado, ambiente en el escenario de cuidado, sistematización y normatividad de la información del acto de cuidado, signos vitales, cuidados de enfermería a la persona con oxigenoterapia, necesidad de movilidad de la persona, mecánica corporal, primeros auxilios, efectos de la inmovilidad en los sistemas corporales, cuidados para la comodidad de la persona,

				cuidados para la higiene corporal, administración de tratamientos farmacológicos , necesidades de nutrición de la persona, necesidades de eliminación de la persona, procedimientos, duelo, agonía y muerte, necesidades de sueño y descanso, cuidados a la personas sometido a exámenes diagnósticos y procedimientos especiales
CP021	Gestión de servicios de enfermería	Sexto	Teórico	el proceso administrativo y su impacto en las organizaciones de enfermería, enfermería como estructura organizacional, estrategias para el ejercicio gerencial de enfermería, estrategias de creación de servicios de enfermería, calidad y seguridad del paciente, mejoramiento continuo.
CP022	Gestión de programas	Séptimo	Teórico	Políticas públicas en salud, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, programas de atención por grupos poblacionales, indicadores de gestión y evaluación en salud, programación de actividades, análisis de costos en salud.
CP023	Gestión en programas	Quinto	teórico	Introducción a la gestión, la administración y la gerencia en salud, gerencia estratégica, sistemas de salud, calidad en salud, gestión financiera.
CP024	Historia y desarrollo de la enfermería	Primero	Teórico	Introducción a la enfermería, estudio de etapa premoderna de la enfermería, estudio de la etapa moderna de enfermería, Etapas y factores condicionantes del desarrollo teórico de Enfermería como profesión: Practica – Instrumental y Administración –

				Educación e Investigación, Estudio de la Etapa Contemporánea de la Enfermería, Etapas y factores condicionantes del desarrollo teórico de Enfermería como Disciplina: Investigación – Teorización y Filosofía – Integración, Análisis de Modelos Conceptuales y Teorías de Enfermería
CPo25	Internado de enfermería	Noveno	Practico	El estudiante aplica los conocimientos adquiridos en los semestres anteriores.
CPo26	Patología	Cuarto	Teórico	Alteraciones estructurales y funcionales de la célula y tejidos, alteraciones estructurales y funcionales en aparatos y sistemas del ser humano.
CPo27	Salud Familiar	Cuarto	Teórico	<p>Conceptualización de familia, Aspectos a tener en cuenta en el análisis familiar, Familia Colombiana actual: cambios y transformaciones, aspectos culturales, políticas públicas, sistema de salud, Tipologías familiares, Ciclo Vital Familiar</p> <p>Influencia de la familia en el proceso Salud –Enfermedad, Principios, niveles de práctica y objetivos de la Salud Familiar, Instrumentos para valorar la salud familiar, Teorías de enfermería familiar, Atención a las familias en el hogar- cuidador familiar, Experiencias de salud familiar a nivel nacional e internacional y su relación con la APS.</p>
CPo28	Salud – trabajo	Octavo	Teórico-practico	Generalidades del proceso salud-trabajo, condiciones de trabajo, legislación en salud ocupacional, atención en salud ocupacional,

				promoción de la salud en los ambientes de trabajo, enfermería en salud ocupacional, planes de emergencia, vigilancia epidemiológica en salud ocupacional.
CP029	Seminario de investigación cualitativa	Séptimo	Teórico	Generalidades en investigación en ciencias sociales, principales métodos cualitativos, herramientas metodológicas, organización conceptual, asuntos normativos.
CP030	Seminario de investigación cuantitativa	Sexto	Teórico	Historia de la ciencia, proyecto de investigación, la medición de la ciencia y el método epidemiológico, plan de análisis de proyectos de investigación, uso de herramientas informáticas de investigación, uso de herramientas de escritura.
CP031	Semiología	Tercero	Teórico-practico	Semiología propedéutica, anamnesis, apropiación de la semiología en enfermería, historia clínica y de enfermería, métodos exploratorios por sistemas.

<b>Cód.</b>	<b>Programa radial</b>	<b>Descripción</b>
PR001	Día Internacional de la paz	Conmemoración del día mundial de la paz en todas las naciones y pueblos del planeta. Recopilación del contexto histórico de los acuerdos y procesos de paz en Colombia, fases de la implementación y evaluación del proceso de paz.
PR002	Imagen social de la enfermería	La imagen actual de la enfermería se ve influenciada por factores de tipo socioeconómicos, culturales, profesionales, históricos y psicológicos, enmarcado por relaciones de poder, sexismo, poco

		prestigio social, niveles de desarrollo profesionales bajos, los cuales han permitido la invisibilización de la profesión. Se plantea posibilidades como afianzar la identidad y reformar nuestra imagen pública de las enfermeras y enfermeros para lograr construir la imagen positiva y con aceptación social de la enfermería.
PR003	Día Internacional de la cobertura universal en salud y sistema de salud colombiano	El acceso a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, en esta fecha se piden a los dirigentes que hagan mayores y mejores inversiones en el ámbito de la salud y alientan a diversos grupos a que se comprometan a ayudar a que el mundo se acerque más a la cobertura universal a 2030, de igual forma se vislumbra a nivel local el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, su relación entre cobertura, indicadores e impacto desde su creación
PR004	El autocuidado	El autocuidado o cuidado de si es una construcción cultural, elaborada por prácticas, ritos, creencias, conocimientos que una cultura tiene alrededor de la salud, es decir son acciones que realiza la familia, persona o comunidad por voluntad propia para promover, mantener y mejorar la salud e implica la toma de conciencia del propio estado de salud.
PR005	Día mundial del corazón	A nivel internacional las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo, por esto, el compromiso es lograr un corazón más saludable por medio de actividad física, dieta saludable, evitar el estrés y acudir a controles médicos regulares.
PR006	Día mundial del riñón	El Día Mundial del Riñón promueve el acceso asequible y equitativo a la educación sanitaria, la atención en salud y la prevención de las enfermedades renales para todas las mujeres y niñas del mundo.
PR007	El desayuno	El desayuno es la comida más importante del día porque rompe con el ayuno prolongado de la noche y nos da la energía suficiente para enfrentar el día. Se debe desayunar con porciones

		equilibradas a base de cereales, lácteos, frutas y proteínas.
PR008	Gimnasia cerebral	El cerebro es un órgano que necesita constante estimulación para conservar intactas todas sus capacidades, la gimnasia cerebral puede ser practicada por cualquier persona, sin importar la edad, tales como: viajar, leer, escuchar música o meditar hacen parte de posibles opciones para un óptimo funcionamiento del cerebro.
PR009	Día internacional de la mujer	El Día Internacional de la Mujer es una fecha que se refiere a las mujeres corrientes como creadoras de la historia y hunde sus raíces en la lucha de la mujer por participar en la sociedad en pie de igualdad con el hombre, la justicia, la paz y el desarrollo femenino.

### Anexo 8. Transcripciones de entrevistas

#### ENTREVISTA YB001

**LM:** ¿Si tuvieras que hablar del cuerpo que es lo primero que dirías?

**YB001:** Juepucha, pues es muy complejo porque el cuerpo es como... ies un todo dentro del ser humano! Nosotros venimos históricamente y tenemos arraigado reducir las cosas por partes no. Entonces, por un lado, está el cuerpo, por el otro está el alma, la mente va, por un lado, etcétera, entonces digamos, que el cuerpo digamos para mí, es también vehículo de percepción de lo que nosotros somos. A través de nuestro cuerpo es que nosotros podemos percibir y percibir la realidad o el exterior o el contexto, el medio donde estemos; y a partir de esa interacción se van generando diferentes tipos de relaciones y vínculos que nos van determinando también como personas, que debería ser también otra categoría, entonces, digamos, como reducirlo a una palabra o delimitarlo a algo específico me parece en este momento no tendría como el calificativo, digamos para definirlo como tal, digamos que es algo inmerso o es parte, es que no quiero decir parte, es algo unitario del ser humano entonces, y esencial porque es que sin cuerpo yo no puedo sentir, no puedo expresar, no puedo movilizar, no puedo hacer una cantidad de situaciones o circunstancias que lo configuran como ser humano y como persona.

**LM:** ¿en ese sentido porque crees que es importante hablar del cuerpo en enfermería?

**YB001:** Pues el cuerpo... como cuidamos personas, seres humanos indiscutiblemente la forma de interactuar con otros seres humanos va a estar a través de las diferentes expresiones que el cuerpo nos dé. Mi cuerpo me indica si tengo las capacidades o las condiciones para cuidarme y así mismo poder cuidar al otro, entonces en enfermería considero que es importante tanto en el proceso formativo como en el ejercicio profesional, entender que el cuerpo me configura como cuidador también y de alguna manera, incoherente siendo enfermero debería salvaguardar la integridad de mi cuerpo para tener las condiciones y tener también la experiencia no solamente

de conocimiento, sino también, la experiencia que puede ayudar en un momento dado a que cuando yo tenga que intervenir una persona o acompañarla u orientarla en ese contexto del acto de cuidado también tenga elementos de esa vivencia que soporten mejor ese conocimiento. Entonces, me parece que es importante que las personas que nos formamos en estas áreas de la salud y específicamente de la enfermería tenemos que ser conscientes de nosotros mismos, de mi capacidad, de mi cuerpo, de mi estado de salud, si yo no alimento bien este cuerpo, sino descansa adecuadamente este cuerpo, si este cuerpo no realiza actividad física, si este cuerpo, yo tengo que decidir qué sustancias ingiero o no en un momento determinado, todo eso sería parte digamos, de esa situación frente a otros elementos que también me configuran como persona, por ejemplo, la autoestima se reflejan muchas veces en mi condición corpórea, entonces, yo pienso que el que decida ser cuidador profesional que en este caso es un enfermero tiene que tener clara que la esencia parte de el mismo y de su ser y eso implica su cuerpo, entonces, de alguna otra forma los molesto y los he molestado desde el lado de la coherencia, la coherencia de que yo no puedo dar de lo que no tengo, entonces, hablo de cuerpo sano, de mentes sanas volviéndolo el discurso más tradicional listo, pero no importa agarremos de ahí para motivar a la gente. ¡Hombre usted es un ser valioso! un ser valioso debe quererse, apapacharse, cuidarse, tratarse bien, no permitir que otros te traten de manera que no sea adecuada, etcétera y ahí sale una cantidad de cosas, pero no hay coherencia cuando eso yo no lo hago, entonces eso debe ser un elemento importante básico y fundamental en formación de los enfermeros y en el ejercicio profesional pues desde luego sí. Entonces vemos por ejemplo, colegas que trabajan en dos y tres sitios, trasnochando muchísimo, no usan por ejemplo elementos de protección personal, digo bueno frente a su ser, frente a su cuerpo como se ve, porque si no sopesa el riesgo de lo que está haciendo, hay algo en la conciencia de sí mismo que de pronto que en elementos trascienden de cuerpo a corporeidad, entonces uno dice hombre, como me veo y que estoy haciendo conmigo mismo, oiga no soy consciente de que estas manos son esenciales para percibir el mundo, para hacer cosas maravillosas para tocarme, para identificar si estoy bien, si por ejemplo en caso puntual, autoexamen de mamas, entonces si no las tengo adecuadas no voy a poder percibir esto y no voy a poder acariciar al otro y no voy a poder sentir ese contacto cuando por ejemplo cuando yo ayudo, que es una de las actividades tradicionales en la enfermería que nos ubica, de pronto de una persona que esta dependiente, que vamos a bañarlo, a limpiar su piel para consentirlo, mis manos lo están ayudando, mis pies por ejemplo yo le digo a mis chicos, a mis estudiantes por favor el calzado que usamos no es ganas de molestar es que tus pies te mueven, te llevan ,te traen, ¿cierto? no tenemos alas tenemos son pies y ante eso uno siente bueno... y esa vieja de que está hablando sí, es que es tu cuerpo, es el que te lleva, te trae, te hace sentir, te hace palpitar en fin pero es esto cierto lo que está allí que es importante. Entonces yo pienso que en la enfermería tanto en la formación como en el ejercicio profesional hay muchos elementos que tienen que reforzarse, que tienen que hacerse evidentes para que tomemos conciencia de muchos elementos eso desde la enfermería , si hablamos a nivel social, si las personas fuéramos un poquito más conscientes de que es nuestro cuerpo como eso me permite socializar, relacionarme con el otro, si yo lo respeto, lo cuido, lo quiero, facilitaría las relaciones, yo pienso diferentes con la sociedad y creo por ejemplo que temas como la violencia se reducirían sustancialmente porque de alguna manera de esas manifestaciones sociales tiene que ver también como yo, como persona y con este cuerpo me veo y me siento, entonces no me importa cinco coger una moto y correr como loco es porque no tengo conciencia de que este cuerpo es importante y valioso y yo soy parte de la configuración de que este cuerpo me permite.

**LM: ¿Qué crees tú que es el cuerpo hoy en día en enfermería? Porque es un concepto que ha evolucionado con el tiempo, bueno que ha cambiado...**

**YBoo1:** bueno, todavía está el romanticismo de Florence, digamos el lienzo donde nosotros esculpimos, la más bella de las bellas artes digamos, se refleja en el cuerpo lo que pasa es que

en este momento nosotros entendemos... no es que sea más allá del cuerpo, lo que pasa es que es cuerpo y es persona y entonces allí vendrían sus pensamientos, sus emociones, sus formas de ver el mundo, entonces que no es que estén atrapaditos en ese cuerpo sino que son parte de. Entonces, yo pienso que en este momento en enfermería el cuerpo digamos en algunas corrientes o en algunas escuelas de pronto se ve de esa manera, sin embargo todavía pienso que muy recientemente tuvimos la experiencia como pie de página por la visita, los pares, ellas insisten en dictar taxonomías, pero el asunto es que todavía hay perspectivas que se limitan al cuerpo como una maquina todavía lo ven de esa manera y que aparte están otros elementos cierto entonces volvemos a la suma de partes, a reducción, entonces a veces se reduce el cuidado de enfermería a cuidar la fractura, a cuidar el hígado graso, a cuidar el páncreas que no están funcionando, que la diabetes, que al corazón, que tiene una valvulopatía o cualquier alteración o al cerebro que tiene una isquemia etc., etc., pero digamos que son esenciales, son elementos, son constitutivos de nuestro cuerpo de esto material corpóreo, pero que digamos hay un llamado a la enfermería de hoy que es, entender ese cerebro para que perciba la realidad, la entienda, la interpreta, necesita una reacción, necesita un estímulo, necesita que es más que el estímulo-respuesta que son procesos muy complejos que son una cantidad de elementos por lo menos neuropsicológicos que trascienden no solamente al órgano específico y la neurona que se conectó con algo específico y genero una respuesta X o Y. De cierta manera, el contexto, es de cierta manera una conducta que no es fácil de llevar, de indicar donde inicia y donde termina, de alguna manera la enfermería de hoy está haciendo ese llamado que implica tomar muchos más elementos, que de alguna manera siempre queremos entender y venimos con la tradición que todo lo queremos causa – efecto, pero que la cosa es más compleja y que en esa complejidad necesitamos más ciencia, de más saberes, para precisamente acercarme a ese otro ser humano, no al cuerpo ni al número de la cama, porque eso es, es el de la cama número tal y de alguna manera estamos visibilizando este ser humano que está allí en una parte será es lo que vemos como cuerpo que puede ser un cuerpo digamos en las condiciones que la mayoría tenemos a todas sus partes dedos, miembros etc., pero también abran otros cuerpos que son mutilados pero no dejan de ser personas, ni dejan de ser cuerpos que esa también es otra realidad que en enfermería tenemos, no que tenemos que cuidar personas que en su momento digamos mira por el pie diabético es una complicación que estas presentando vas a perder unos dedos o un pie y es acompañar al otro en esa pérdida o en lo que para esa persona signifique perder los deditos o su pie o pierna o manos; lo que no entonces también es ver que hay diferentes formas de cuerpos, que hay diferentes momentos que hoy estamos así pero mañana no sabemos y que también está allí presente ese reto y esa necesidad.

**LM: hoy en día ¿qué crees que se debería enseñar sobre el cuerpo en enfermería?**

**YBoo1:** yo creo que lo esencial es que las personas se identifiquen con su cuerpo, que le gusta de su cuerpo, que no les gusta de su cuerpo, que más les permite su cuerpo a que por ejemplo y he visto en la experiencia de estos años de vida docente que muchas personas probablemente, hay muchas partes de su cuerpo que no han visto o identificado, claro que estamos inmersos en contextos culturales, claro en una cantidad de circunstancias de crianzas, que en su discurso es mutilar que el otro explore, si yo me toco aquí que me genera, si me toco allí que pasa, que me gusta, que no me gusta, entonces yo pienso que debemos rescatar que las personas de enfermería identifiquen quienes son a través de su cuerpo que les permite su cuerpo, que también reconozcan como todas las posibilidades que su cuerpo les brinda sí. Eso que pienso que permite que cuando yo me interrelacione con otro también entienda que el otro en su cuerpo puede tener esas mismas condiciones que usted ha identificado y ha explorado y que así mismo las respete o las acompañe por ejemplo, el pudor así como hay persona que de pronto son frescas y podrían caminar aquí en el pasillo empeloto o desnudos y tranquilos hay otros que dicen ¡uy eso es pecado mortal y el escarnio público!, no ese mejor dicho me van a lapidar y

yo jamás voy a tener esa condición, sin embargo vamos a los hospitales cuidamos a la gente, la dejamos empelota todo el día con frío y al escarnio público y ni siquiera decimos si a esta persona esto es algo que le interesa o no y así sea algo que le interese ni siquiera tomamos partida de que vamos a hacer esto, le traigo una bata, le traigo una sábana, le traigo una cobija que quiere cierto, con que se siente mejor, con que se siente más cómodo y ni siquiera en esa relación de respeto con el otro, si no soy consiente en sí mismo, pues va a ser muy difícil que lo reconozca en el otro y pienso que esos elementos incluso, deben ser parte de la formación no solo en enfermería, sino desde que somos unos renacuajos y unos chiquitines estamos creo que cometiendo, en general la educación, echándole la culpa a todos y la sociedad muchos estimas y muchas cosas frente al cuerpo y que pasa el día de mañana nos estamos dando golpes de pecho que porque la gente no se cuida, que por que la gente no hace un autoexamen de mama o examen de próstata o porque no identifica lugares que pueden ser riesgosos para un cáncer de piel por ejemplo, poniendo un caso así muy biomédico en salud, porque es que el cuidado toca, chito, cochino eso no se hace, entonces como queremos después que no nos estemos, vuelvo y digo dando golpes de pecho, una doble moral frente a ese tipo de cosas, también por ejemplo los casos de abuso, de acoso que tocan, que me miran, ella es responsable porque va con una minifalda y la violaron porque iba con escote y minifalda, entonces estamos viendo el cuerpo de pronto de formas y maneras desconfiguradas o distorsionadas y que está generando eso, que porque tantos niños y adolescentes o adultos tienen trastornos alimenticios horribles y unas cosas que uno dice ¡Dios! Porque es que su configuración del cuerpo lamentablemente se ha distorsionado y la sociedad hemos ayudado en eso, tiene mucho que ver en esa dirección. Entonces son cosas que van de la mano con el autoestima, con configurar también ayudar con la personalidad para que bueno yo soy así y reconozco en el otro también otras cosas pero en el marco de respeto, en el marco de igualdad, en el marco de equidad bueno en el marco de una cantidad de valores importantísimos son elementos también éticos y que están allí y que también hay que retomar ya que de pronto si no se hizo en casa porque eso es lo otro, la familia tiene una responsabilidad grandísima en eso y tampoco lo estamos asumiendo, la educación tampoco lo está asumiendo, ya llegan acá a la universidad, bueno toca, en algún lado toca hacer algo, entonces también vemos chicos que vienen con problemas de autoestima, de autoconcepto, de autoimagen bueno pues tampoco hay formula mágicas y tampoco llegar a unos estándares que cualquiera se invente y diga estos son, vamos hacer no, pero que la gente se sienta contenta, que se sienta satisfecha, que se sienta feliz, que claro que sienta cosas como todos. La que es lisa quiere ser churca, la que es churca quiere ser lisa, pero que los asume, se acepte y se quiera y se respete, pero yo pienso que eso sería como lo esencial y eso le va a permitir en la relación de cuidado respetar y tener mejor relación con otras personas.

### **LM: ¿qué sentido tiene para ti el cuidado?**

**YBo01:** juepucha, básicamente, como es mi proyecto de vida y el cuidado es el que me ha dado muchas cosas, pero también en este momento en el cuidado de pronto es más por circunstancias particulares lo siento amenazado y el cuidado en enfermería, porque todo el mundo cuida, cuidamos las gallinas, los pollo, cuidamos la puerta para que no se meta el bandido, cuidamos de muchas maneras y eso es inherente en el ser humano es el sentido de supervivencia nada que hacer, pero el cuidado en enfermería de manera particular si siento que hay muchas amenazas en el panorama, eso genera susto, porque yo digo y también ponle esto con los estudiantes, yo les digo somos animales en vía de extinción; por un lado también es interesante porque cuando tu estas en una zona de confort pues no, de alguna manera te insensibilizas frente a la realidad a veces y cuando estas con todo controlado pues te relajas y de pronto no es esas cuestiones en el entorno o los retos que te estén demandando en ese momento la sociedad y demás pero si digamos inquieta, porque no siento que nos estemos movilizand mucho en el colectivo de enfermería ante estas situaciones que están allí y que de pronto recuerdo a mis profes hace casi

20 años y que de pronto nos decían cosas y que de pronto todavía uno muy pollo graduándose de 20 o 21 años no tiene la suficiente madurez, incluso físicamente todavía hay procesos que aún no han culminado incluso a nivel cerebral que nos ayudan a maduran, en cosas ya con los años y la experiencia uno dice oiga esta gente tenía razón y no hemos hecho lo suficiente, bueno tratamos en el día a día y decimos juepucha ojala seamos más y nos sentáramos y hablamos, pa' donde vamos a pegar, vamos a direccionar este barco a ver si llega a buen puerto, pero en realidad no digamos que estamos muy en la apatía, muy en digamos un tanto sumisos, entonces el cuidado en enfermería está siendo tomado por muchos y los que deberíamos abanderar el asunto de pronto nos estamos quedando como muy quietos y eso la verdad me genera angustia, me genera miedo, yo ya estoy llegando a un punto de la vida donde uno llega a evaluar muchas cosas, estoy entrando a mi cuarta década y empiezo a mirar aquí para atrás y digo me quedan otros cuarenta aquí para adelante y que va a pasar por que de todas maneras pues para mí es importante de todas maneras el campo de la enfermería es que he logrado muchos sueños personales, familiares, de toda índole me gusta enseñar me gusta lo que hago y entonces me preocupa que este amenazado y que no estemos movilizándonos frente a eso. Pero para mí el cuidado esencial es inherente al ser humanos y es una posibilidad maravillosa de poner a funcionar, de expresar cosas muy bonitas de los seres humanos, porque a través del cuidado somos solidarios, somos empáticos, somos compasivos nos implica un reto muy importante en relación a que tengo que actualizarme constantemente en buscar mejores alternativas para ofrecer a la persona o las personas llámese familia o comunidad, alternativas de cuidado que implica tener la capacidad de ver, de sentir, que soy útil a los seres humanos que soy una persona correcta, que es palpable que de pronto no diga determinadas cosas. En cambio yo digo bueno listo generé el impacto que yo quería y necesitaba y el cuidado o el arte del cuidado nos vuelve mejores seres humanos entonces pienso que esa es una posibilidad que junto con la educación es maravillosa y en enfermería hacemos las dos cosas, es cuidar implica estar enseñado todo el tiempo y generar espacios de aprendizaje, que no solamente salgan todo el tiempo, las personas nos están enseñando cosas entonces en esa condición en ese contexto pienso que son las características que son importantes del cuidado pero dentro de la enfermería .

**LM: ¿existe alguna diferencia entre los conceptos de cuidado y autocuidado? porque es algo que he visto mucho en los discursos de los docentes, hay unos que dicen que sí, otros que no ¿hay diferencia o no las hay?**

**YBoo1:** para mí no hay diferencia sí, es cuidado, de pronto dependiendo de la postura teórica donde tú te pares se miraría quien ejecuta la acción, pero para mí es cuidado sí pero va a diferenciarse en quien la ejerce, en quien la lidera, o en quien la orienta, por ejemplo como persona trato de alimentarme bien , dormir bien etc., etc., se tienen unas conductas pero que estén en pro de mi bienestar de ahí eso el cuidado, pero yo estoy cuidando a mis hijos, estoy cuidando a mis estudiantes, estoy cuidando a mis compañeros cuando de pronto que te digo yo , con mis estudiantes de manera concreta, por ejemplo en mis clase yo digo “mis” me empodero, pero bueno Adulto siempre planeamos media hora para quien no desayuno desayune eso es una acción digamos de cuidado, que estamos trabajando jornadas que no superen dos horas de trabajo así mental fuerte face to face y tiene que haber un receso y en ese receso implica comerse una merienda porque es que mis chicos ya van a cumplir tres o cuatro horas de ayuno yo tengo que mirar opciones, yo los estoy cuidando, pero también voy y me hecho mis oncesitas sí, es buscar quizá de pronto en tu experiencia cuando unas veces pudo hacer en otros no he por ejemplo yo también he tratado de que los espacios sobre todo en adulto donde más digo bueno desayunamos pero también tenemos que hacer actividad física y al menos esas tres jornadas que me encuentro con mis estudiantes en la semana en esas tres jornadas se tiene que hacer actividad física, estamos cuidándonos y también de manera personal estamos dando opciones de

cuidado para poner un ejemplo concreto de nosotros digamos en el día a día entonces yo creo, que yo consideraría que como acto es cuidar, ya la diferencia estaría en quien lo ejecute en quien lo direcciona y quien muchas veces va la misma persona que hace las dos opciones y por eso no me gustaría desagregarlo pero para mí es solo uno.

**LM: ¿qué entiendes por la educación integral de los estudiantes de enfermería? porque está muy presente en la misión de la escuela y de la universidad?**

**YBo01:** a mí me suena un tanto redundante, porque yo pienso que o se forma o se deforma porque si se forma yo pienso que se haría en las mejores condiciones posibles y de alguna manera sería de manera integral, de pronto pues no sé, me atrevo a pensar o a interpretar que a veces las cosas hay que colocarles apellidos, porque de pronto dependiendo tal vez de la tradición, no se paradigma, a veces se ha visto, no se hace algunos años de pronto los momentos o el contexto o el proceso formativo se centraba en que tu puedas adquirir unos conocimientos, unas habilidades y ese es como el corazón del asunto, de pronto se hacían otro tipo de actividades que también son académicas pero que a veces se ven como el recreo, el relleno se ven de pronto así. Cuando yo me gradué te estoy hablando del siglo pasado, yo me empecé a formar en el año 97 terminando el milenio, yo recuerdo que la actividad académica era muy fuerte, pero no sé si era el grupo en particular o no, yo lo vi con otros semestres o sea con mi semestre y con semestres de adelante y atrás nosotros hacíamos tertulia, hacíamos teatro, jugábamos hasta yermis y ponchados aquí en los salones que horror, pero era parte de nuestra personalidad o sea hacia parte de nuestra personalidad la actividad física, nos gustaba ir y jugar así fuera tejo, voleibol, baloncesto nos íbamos allí a la cancha, entonces pensaría o en este momento concluyo y digo no es que antes no se hiciera, o sea yo lo viví yo estude física en la central y la gente salía de clase iba a deportes y pedían un balón y se ponía a jugar, iba a cuentería, iba a cine, no sé a los conciertos que son actividades también académicas porque también como que se ve que son actividades recreativas, pero también es su esencia como persona y entonces pues también me están ayudando a ver la realidad del mundo, conocer otras cosas eso es parte de la academia. Entonces yo no sé ahorita el integral como resaltarlo, como si nunca se hubiera hecho y siempre lo hemos hecho, de pronto que no le hemos dado el mismo peso o no le hemos dado la misma relevancia bueno ya serán otros asuntos que tendríamos que determinar pero a mí si me suena como redundante el asunto porque todo el tiempo estamos formando, todo el tiempo estamos pendientes o yo no sé... la escuela estamos pendientes que los chicos estén bien que si tienen problemas familiares, a veces bueno este chico no viene, se está ausentando, es una alarma, ese chico que se me duerme en clase, ese chico que se me desmayo en clase, que pasa es un problema médico o no se está alimentando de pronto tiene una dificultad económica, el chico que de pronto se sale de clase ¿qué paso? ino profe es que estoy trabajando! y el horario nosotros no estamos reconociendo y buscando alternativas, bueno como hacemos para que usted pueda cumplir todas las actividades que tiene que hacer y que en qué circunstancias, ahí también hay un proceso formativo bien integral, que hay que enseñarles a tomar decisiones y que hay responsabilidades y que hay que asumirlas con sus consecuencias buenas regulares o malas de lo que están haciendo y ellos también y eso también es parte de la formación integral independientemente que le coloque el apellido que tenga que quedar en un informe, actividad de formación integral, entonces de que el programa más que el programa yo no sé qué, no si claro son espacios muy bacanos pero en el aula o en la interacción aquí en el pasillo o cuando vienen acá a la oficina a pedirme una ayuda, un consejo, un auxilio u otra circunstancia o yo me doy cuenta de otras circunstancias en el aula y yo intervengo pues ahí también se está haciendo.

**LM: ¿crees que la universidad cumple digamos con esa función de formación integral o la facultad o la escuela?**

**YBoo1:** mira yo pienso que la universidad nos ofrece infinidad de posibilidades a veces somos nosotros los que no queremos o no podemos, o sea la verdad siendo honestos yo pienso que nuestra universidad tiene y nos ofrece muchas cosas, muchísimas es que para no hacer tan largo el asunto, pero yo pienso que las posibilidades las hay. Pienso que son factores más pues de nosotros pueden ser limitaciones de tiempo, que tenemos múltiples roles que desempeñar desde el momento desde el ciclo vital de donde usted esta no sé si eso sucede entonces no se le da prioridad a unas cosas o asumiste otras actividades que no te permiten o tener o te limitan el tiempo que quizá es una de las barreras que a veces se ven de pronto con más o lo expresamos digamos en el colectivo con mayor frecuencia, pero pienso que la formación integral en la universidad adicional a esos espacios que nos dan adicionalmente pienso que hay otro componente y en formación integral y yo veo que un elemento esencial somos los docentes y yo puedo ser el docente y no quiero entrar en la categoría de bueno, regular o malo, pero hay docentes dicen yo vengo de preparar mis actividades hago mi investigación lo que sea que le toque bien sea extensión o investigación estoy en aula, trabajo lo que sea y ya no establezco otro tipo de relación ni vinculo contacto, yo no pienso que sea bueno o malo pero es una manera de acercarnos un poquito más desde lo humano, no solamente desde el cuadrado específico de la teoría de o el paradigma de, cierto eso es importante claro yo pienso también que este tipo de profes si son personas que expresen cierto tipo de valores, ciertas o cierto tipo de cosas son ejemplo, porque los profesores somos ejemplo y yo pienso que a través del ejemplo hay muchas cosas de la formación por el tipo de personas que estamos y de sus edades son niños adolescentes que están llegando de 15 y 16 años y nosotros los acompañamos un lapso de cinco seis años, entonces estamos acompañando más de la mitad de la adolescencia donde los chicos se están formando que a veces si el referente no lo encuentra en casa el referente somos nosotros, tú quieres, eres libre pero si tengo una persona que me respeta que me saluda que me hace sentir una persona de iguales si entonces yo la estoy acompañando que yo estoy aquí, tu estas acá que podemos tener diferencias pero que las podamos resolver de manera adecuada, que yo sea puntual, que te vean no se trata que estés al último grito de la moda, de sastrer, versallesco no, pero que vean que tu estas, es un referente que te inspira oye, debe ser chévere ser como si, entonces ahí está también esa formación integral, inculcando unos valores asertivos positivos que generen una mejor sociedad, yo como profe tengo que dar ejemplo yo no me puedo pasar el separador en rojo, no puedo atravesar el carro donde se me dé la... si, porque yo soy referente de mis estudiantes que me vean a mí de pronto robándome algo o haciendo daño a alguien o hablando mal de alguien no queda bien eso es parte de la formación integral. Yo pienso que allí el asunto es complicado porque somos más de mil y pico de profes y pues cada uno tenga una forma de asumir su parte de su docencia yo lo siento aquí en la escuela que a veces es un poco paternalista, pero no sé si de pronto por la categoría de enfermeros es algo que también va ahí como en la esencia como el proteger, como en la compañía como el estar pendiente, probablemente el ser mujer, no necesariamente hombres y mujeres tenemos esta misma condición, de pronto el ser padres nos ha movilizad un poquito en ese asunto y pueden ser. Yo pienso en este momento que favorecen en ese aspecto, claro la contraparte lo podrá tomar de diferente forma si así hay momentos en que te dice oye no tampoco trasciendas más allá porque uno tiene que ser respetuoso, pero de pronto uno identifica cosas y lo ve como alarma porque te llama la atención y mira has esto o has una orientación pero pues de pronto no se llega a más, pero pienso que desde el ejemplo en adelante es parte de y aquí pues digamos en la escuela de enfermería yo siento que las cosas pues en su mayoría estamos comprometidos como con eso de que es parte de la formación ver que el otro es mi colega que se está formando, de verlo como un par, entonces yo pienso que ese tipo de relaciones hace que cambie también el asunto y el cuento de la formación integral, pues pienso que es cierto que no sea solamente en el papel.

**LM: ¿existe algo para ti de pronto que tú quisieras cambiar o que te gustaría incluir por ejemplo en el plan de estudios de enfermería como para hacerlo un poquito mejor o dejarías el plan de estudio actual tal cual como esta?**

**YBoo1:** LM lo que pasa es que pienso que la concepción que tenemos como planes de estudio pues eso es lo que nos ha funcionado y eso es lo tradicional listo y bien o mal aquí nos hemos formado, aquí digamos no voy a entrar a calificar pero si pensaría que sería interesante trascender en otras formas, que yo creo que otros lo han hecho sí, que ya todo está inventado, si el agua moja bueno en fin, pero que no hemos tenido la oportunidad de ponerlo a funcionar con nosotros voy a decirte una cosa no necesariamente con todo lo estricto en el sentido de la palabra, por ejemplo no hemos pasado problemas de pronto alguna vez se ha desorganizado y es interesante porque en la medida que si yo lo identifico que hay necesidades que hay problemas entonces que vamos a ser o en que yo puedo ayudar o que puedo aportar o que puedo movilizar para de pronto o entender o dar alternativas o de pronto dar una respuesta que sea satisfactoria en este asunto versus de pronto acá el mes aunque hemos tratado de dinamizar el asunto se vuelve muy del común el contenido, y el contenido está bien lo necesitamos cuando yo voy a resolver o tratar de entender el contenido o el paradigma, el concepto o la teoría, me sirve muchas ciencias, muchas disciplinas me pueden aportar muchas cosas y el saber popular que me puede aportar otro tanto, una cantidad de fuentes y de insumos pero en la forma como está estructurado todo tiene unas horas unas actividades con personas que llagan a formar con diferentes conductas de entrada por decirles de alguna, eso suena como un discurso del siglo pasado pero si, digamos si cada uno tiene unos saberes unas experiencias y ihijuepucha hay que nivelar a todos! porque toca cumplir la lista de mercado, cuando tu no cumples el contenido todo el mundo se asusta y este semestre no alcanzamos a ver y necesitamos A,B,C ,D E, G y a la hora del té el chino no entendió ninguna de las anteriores por consiguiente no hicimos nada, pues si se a cerco a experiencias, pero los pelados quedan hasta confundidos a veces y entonces pasan los semestres y uno les dice: pero esto ustedes ya lo vieron y le hacen a uno caras dicen: no profe, entonces se dice en parte se les da un mar de cosas pero nunca les dimos la garantía, nunca se dio la posibilidad de entender si el otro en realidad se acercó que piensa de eso y si hay una retroalimentación que de alguna manera se dé cuenta de que se aprendió, el asunto y que si esos elementos están allí los voy a poder usar porque de pronto los comprendo y me resulta ahorita, pero cuando vaya mañana en una situación X este conocimiento o esa herramienta que tenga que disponer para enfrentar una situación no la va a poder hacer, entonces si yo pensó que el esquema, que la cuadrícula de tantos semestres tantas asignaturas y en cada asignatura un mundo de cosas y todos decimos, y nos angustiamos y no vieron esto y no vieron maternidad de gallinas, entonces que va pasar cuando se enfrenten a eso que van hacer y entonces ahí yo pensaría que hay que darnos la pela en otras formas en formas, porque no solamente es lo académico, detrás de eso hay un sistema financiero o sea hay que darle una viabilidad al proceso desde el punto de vista económico entonces yo pensaría que con un grupo que podría tardar en entender, abordar, comprender equis cosa no en un semestre si no en dos semestres, pues eso me tardaría el proceso formativo no sé cuánto tiempo y pues el estándar está en nueve o diez semestres si, entonces empieza cristo a padecer porque eso es parte de lo que esta pensaría, que bueno en este momento la escuela estamos y hemos estado en procesos de mejora de tratar de pensar, de reflexionar que puede mejorar semestre a semestre, qué se puede dinamizar, bueno el grupo que llega estos pelados que como para más o menos personalizar un poquito el asunto y a veces yo soy las que digo en el contenido pueden aparecer veinte temas, pero solo ven cinco pero tengo la conciencia de que estos chinos los entendieron, yo quedo feliz no los van a aprender, pero tienen lo fundamental para entender los otros quince ya tienen esos elementos pues de ahí en adelante son formas de hacer un poquito de resistencia y adaptarse a el asunto y justo pues se da por evaluaciones y demás, estamos como en la pensadera de

dinamizar, yo ya he tenido la oportunidad de participar en tres reformas de planes de estudio en el tiempo que llevo vinculada con la escuela y siempre soñamos con esos vamos a ser tal cosa , vamos hacer la otra, una vez hicimos una cosa loca unimos mujer, recién nacido, materno con niño, ¿tu alcanzaste a verlo? son chicos que estaban veinte cuatro horas o más en una sola signatura y pues genial que tu estés dedicado a una sola cosas ahí se dio esa situación, no esos chinos y esas profes terminaron locos, ya el hecho de vernos de mañana tarde, mañana tarde tres cuatro días tú ya no quieres saber de esa persona pienso yo pues, y también evaluaba eso , también son momentos concretos experiencia significativas cosas como lograr mover cosas esenciales como la motivación o la emoción para que la gente se enganche en el asunto y no se cansen del asunto más que un contenido del ultimo turmequé, la última evidencia del metaanálisis de no sé qué, que a veces uno dice juepucha pero si entra por aquí sale por acá y uno dice... estanos en ese proceso de reevaluar, de pensar. La dinámica del mundo está cambiando y eso implica la enfermería que también tiene que darse apertura, como te decía vemos la amenaza, esa es la oportunidad, bueno que hacemos, que más necesita la sociedad, que nos está pidiendo el mundo en general, que otras formas o espacios podemos incursionar en otras formas de cuidado, las tradicional como las podemos fortalecer en las que se han dado durante mucho tiempo que todavía nos reconocen allí y también trascender a otra opciones, si hay cosas como de creatividad, de lanzarse a proponer alternativas, claro eso no es fácil cuando económicamente hay limitaciones, pero bueno es también mover el espíritu de las personas de pronto logremos a mediano o largo plazo algo al respecto.

**LM: finalmente hay algo que te gustaría añadir**

**YB001: no pues yo pienso que no ya están los puntos clave**

**LM: muchas gracias por tu tiempo**

#### **ENTREVISTA BP001**

**LM:** entonces, me gustaría preguntarte, ¿Si tuvieras que hablar del cuerpo qué es lo primero que dirías o que es lo primero que se te viene a la mente?

**BP001:** pues yo pienso que el cuerpo, el significado del cuerpo tiene mucho, es decir no podría, no hay un solo significado del cuerpo, tiene diferentes significados dependiendo del uso de los entornos sociales que en ese momento, esto es diferente la concepción del cuerpo que tenemos en Colombia a la concepción del cuerpo que tenemos en otros países, entonces si me preguntaras que diría yo, pues el cuerpo no tiene un solo significado, tiene diferentes significados dependiendo de los contextos y es todo un entramado, es que el cuerpo es testigo de diferentes condiciones sociales que se viven día a día, incluso la violencia, incluso todo lo que vive el ser humano se refleja en el cuerpo.

**LM:** ¿por qué crees que es importante hablar del cuerpo en enfermería?

**BP001:** bueno, aunque el término de cuerpo para mí tiene diferentes formas de verlo sí; cuando uno entra a estudiar enfermería lo digo desde que yo entre acá, pues yo no tenía claro mucho que era el cuerpo si, tal vez uno ve desde lo biológico si, el cuerpo es esa persona, el cuerpo es el que hay que cuidar del cuerpo interviene desde lo biológico, el cuerpo es sano pero el cuerpo se enferma sí, pero cuando uno va mirando un poco más y cuando uno va conociendo un poco la parte de enfermería como que se mete más en lo que es el cuidado y enfermería, si no le cambia el paradigma, uno ve que definitivamente el cuerpo ya no solamente es esa parte biológica y que es importante que los estudiantes lo conozcan, pues de todas maneras hay un cuerpo sí, desde

lo biológico, desde lo médico que puede tener, que está enmarcado en proceso de salud enfermedad y que los estudiantes deben entenderlo de esa manera, pero que el cuerpo tiene unas representaciones que sólo que a través de mi vida como docente lo he aprendido, que tiene otras representaciones que no podemos dejar, o sea el cuerpo no solamente es esa parte biológica, sino que el cuerpo es consecuencia de muchos otros factores, dependen los contextos y tienen otro significado y eso es lo que el estudiante tiene que empezar a abordar y que no solamente sea eso la enfermedad, la patología, donde quedan tales partes del cuerpo, la anatomía, sino que obviamente nosotros como enfermería tenemos conocer porque nuestro quehacer está en ello, pero el estudiante tiene que revisar otras formas de pensamiento y cómo la cultura cambia esos significados del cuerpo.

**LM:** ¿Cómo sería la forma de abordar esa esas otras dimensiones, otras partes que no solamente contemplen lo biológico?

**BP001:** bueno, yo pienso que la parte histórica es importante, en el sentido de que se tiene que mirar una historia, cómo ha cambiado y evolucionado ese concepto cierto, si uno solamente ve lo que estamos viendo en el presente pues es que eso tiene una raíz, tiene una historia, de esas historias dependiendo de sus historias es lo que hoy vivimos. Es decir, en mi tema que yo trabajo aquí, es mujer y recién nacido, pues la mujer obviamente, el cuerpo de la mujer ha sido expuesto a muchos factores en condiciones, ha sido objeto dentro de los conflictos sociales que se han visto, entonces digamos que esa parte histórica es fundamental uno; dos la parte social que se vive ahora, es como lo actual, hace que se cambie muchos conceptos sobre cuerpo, por ejemplo, hace muchos años de pronto el parir por decir algo, el parir se hacía en los hogares, se hacía en los domicilios se hacía como algo normal de la cultura, hoy en día después de muchos años entonces el cuerpo ya no se maneja esa parte allá, ya no se maneja esa parte de parto, se maneja en los hospitales, es más biológico, es más médico, esta parte de familia a pesar de que se vincule ya no es tanto y luego de ese hecho pasó a los hospitales, luego esto hace que cambie la forma de ver el cuerpo de esa mujer que está en gestación, lo que va a parir sí, es diferente la concepción de este momento cuando era algo natural, cuando el cuerpo es generador de vida, pero había que darle cierto, giraba en torno a unas tradiciones, a una cultura, a un arraigo, ahora el cuerpo es generador de vida, pero esa parte del arraigo cultural se está perdiendo, porque nos hemos vuelto más técnicos, nos hemos dejado impregnar más de, pues del enfoque médico que ahorita se está trabajando mucho por esa parte de humanizar y todo eso, pero igualmente, de todas maneras si uno entra a una institución pues bomba, medicamentos, todo eso, pero de todas maneras es lo que se está viviendo ahora que nos corresponde que esas miradas cambien, que eso logremos volver a tomar elementos del pasado y lo retomemos acá y le demos como esa parte humana y lo tomemos como nuestro, lo otro es es es en es darle como al estudiante esa parte de que el cuerpo no lo es todo, de que el ser humano tiene un cuerpo para mí, tiene un cuerpo, tiene espíritu, tiene las emociones tiene pensamiento tiene una mente, entonces uno tiene que trabajar todo eso y no quedarse solamente en el cuerpo, pues no se mira otras dimensiones del ser humano. Yo digo que aquí se trabaja mucho en la escuela de enfermería por quitar ese concepto de paciente, casi que yo siempre que veo paciente, digo: yo no hemos alcanzado a comprender que lo que cuidamos es el ser humano, y entonces el ser humano tiene un cuerpo pero también tiene muchas otras dimensiones que hay que abordar, cuando uno ve eso pues entonces cambia el concepto de cuerpo, ya no solamente lo vemos como pasivo sino que es el cuerpo que está en constante movimiento, que ese cuerpo es cambiante, que ese cuerpo tiene significado y yo pienso que ahí está la clave de hacer que ese estudiante logre ver eso “el ser humano” yo pienso que es el centro del de todo lo que hemos hablado.

**LM:** ¿En esa medida tú qué crees que se debería enseñar sobre el cuerpo en enfermería, que se debería enseñar o que no se debería enseñar?

**BP001:** más bien que no se debería enseñar, que el cuerpo es estático, no se debería enseñar que el cuerpo solamente es biológico, no debemos basarnos solamente en la enfermedad, tal vez es uno de los errores que se tiene actualmente en las escuelas siguen y aquí estamos luchando ya, estamos en proceso de cambio en ese sentido, pero el pensar que en el ser humano es estático y que el ser humano solamente es un cuerpo que se enferma y que hay que girar en torno al cuidado que se le hace de la enfermedad es un error sí, porque si no logramos entender que ese cuerpo es algo es algo integral del ser humano sí pero que no lo es todo, pero que también este cuerpo es una representación de muchos contextos sociales sí, ese cuerpo nos está diciendo muchas cosas y entonces el estudiante tiene que aprender a valorar lo que esa persona nos quiere demostrar con su cuerpo, puede ser tantas cosas que acá en la escuela si se le hacen mucho énfasis en este sentido de observe - observe qué cree usted que puede estar presentando esa persona, alguna cosa es lo que está diciendo, otra cosa lo que expresa su cuerpo o entonces en ese sentido me parece que esto hay que hacer mucho énfasis en lograr identificar los significados, lograr identificar a alguien, digamos lo que quiere decir esa persona con su cuerpo, en lograr identificar la historia que esta persona tiene, los contextos, porqué esa persona se comporta de esa manera, porque su cuerpo se refleja ¿Por qué? que hay detrás para que esa persona logre tenerlo. Que hoy en día digamos el resultado de lo que nosotros cuidamos a esa persona es el resultado de muchas relaciones, resultado de un medio en que vive, pertenece al mundo que tiene políticas ehh o sea esos determinantes que influyen directamente en mirar a la persona que está con obesidad, a una persona que cree que está deprimida, a una persona que pronto es víctima del conflicto de violencia se muestran los aspectos en su cuerpo, entonces es muy importante que pueda desentrañar, desenmascarar, desenmarañar todo eso que está detrás de esa persona un ser humano. Definitivamente llegar a eso, llegar a entender al otro y darse cuenta quien es el otro y salir un poco de esa parte biologicista y salir un poco de esa parte meramente de lo fisiológico que es importante claro porque pues de todas maneras el ser, el ser humano también tiene unos sistemas de tipo biológico que efectivamente pues nosotros en salud tenemos que conocerlos, porqué de las cosas, si pasa algo, que es lo que está pasando en el fisiológico allí, pero no centrarnos en eso porque pues de todas maneras si uno se centra solamente en eso no logramos llegar a una humanización del cuidado, entonces nos volvemos maquinas, entonces vemos en esas persona algo como un objeto, más que un sujeto, que es lo que esperamos que el estudiante tenga como esa, una mayor relación con el otro.

**LM:** ¿Cómo crees que se relaciona el cuerpo con el cuidado y con el autocuidado? porque ya han surgido muchas dudas frente al tema. Hay docentes que para ellos no existe el autocuidado para otros sí, para otros el cuidado y el auto cuidado significa lo mismo. Para ti de pronto hay un tipo de relación de pronto diferencias o similitudes

**BP001:** Bueno, pues para mí cuidado es como ese buscar, ese bienestar del otro, es tratar de ayudar a esa persona que en ese momento necesita ya sea a una a un apoyo físico, un apoyo emocional es tratar que esa persona tengo un mayor bienestar sí y allí está el personal de salud enfermería para dar ese cuidado si y depende de la visión que uno lo mire sí, tal vez los profesores no van a tener el mismo concepto sí, porqué para unos el cuidado en enfermería es el cuidado del otro, para unos el cuidado en enfermería es el amor que usted le pueda dar al paciente, para otros es lograr la comunicación con el otro y lograr un aprendizaje, entonces en ese sentido digamos, depende la gafa que usted se coloque, dependen paradigma en que usted se ubique, como hay muchos, yo diría que con el cuidado no logramos tener un concepto único sí, porque hay muchos teóricos que nos dice cuidado es tal cosa, pero lo que sí es que, el

cuidado si uno ve las teoristas se basan en la persona, la persona que es sujeto de cuidado y esa persona pues es un ser humano que tiene muchas dimensiones y que el cuidado radica en esa, en esa parte y esa relación que usted logre hacer con esa persona, algunas relaciones que se entretene en el cuidado logran tener una mayor, es decir una mayor relación que otros sí, logramos aprender de esa persona sí, depende, depende del paradigma, para mí es eso. Y el autocuidado, pues si depende, el autocuidado depende de los modos de vida y los estilos de vida, más que todo los modos de vida que usted tenga. Porque a veces uno encuentra personal de salud que no se cuida realmente, tomamos, fumamos, no tiene actividad física, en su trabajo puesto que éste no depende solamente de la persona de mí, depende en qué medio yo nací, de qué modo yo aprendí, sí desde pequeña inculcan eso muy seguramente voy a tener un poco más de autocuidado en mi vida, pero sí de pequeña eso no me lo tuvieron en cuenta pues obviamente y el medio no me garantiza, porque el medio a veces no garantiza muchos estilos de vida saludable y autocuidado sí y además escribimos en un mundo que tan influye, es diferente un mundo occidental a un mundo netamente oriental. Si la concepción que se tiene acá en Colombia, por ejemplo, la concepción, le damos más importancia a toda la parte de pronto del trabajo, de metas, vivimos en el capitalismo, vivimos en un mundo acelerado, pero existen otras culturas, usted dice no es que lo que pasa es que en las otras culturas eso es importante, la parte emocional, la parte espiritual y social es importante porque eso es trascendente. Entonces como aquí vivimos en ese medio de rapidez, de buscar empleo, en busca de sustento, pues casi que no hemos aprendido ese concepto de que uno tiene que cuidarse, de que es su vida de que no depende de los demás, pero tal vez por eso mismo te digo que los medios no garantizan mucho esas cosas, porque vivimos en el medio capitalismo capitalista en que no se tiene todavía esa cultura real de autocuidado y pensar en uno mismo entonces el autocuidado, pues sí uno habla mucho de autocuidado, uno está pensando en diferentes teorías desde OREN, pero para lograr ese autocuidado tengo que ver qué fue lo que aprendí, cómo lo aprendí, desaprender también es, yo aprendí a fumar, voy a ser un alto porque me di cuenta que eso me está haciendo daño, cómo hago para cuidarme sí, porque el mundo en el que vivió, el medio en que vivió le enseñó a hacer malo vivido violencia de pronto recibió violencia y entonces esa persona es violenta y vive eso es todo un ciclo, entonces llegar a un concepto realmente claro de autocuidado se tiene uno que ubicarse en el medio en el que está, el modo en que ha vivido, la forma como ha vivido para llegar a ese autocuidado realmente unos se cuidan más que otros, otros tuvieron más oportunidades dejó más huella que otros, pues ahí es donde uno tiene que trabajar, porque no es fácil que las personas cambian de un día para otro y que nos empecemos a cuidar o empezar a cuidar al otro, esa es la otra, cuídese usted, pero sí yo no me cuido tengo realmente un estilo de vida que pueda esta persona aprender y ahí está la dificultad. Yo tengo un profesor que dice lo que yo no creo y lo que yo no vivo yo no se lo pueda dar a conocer al otro, que se cuide cuando yo no lo vivo, es incoherente.

**LM:** en ese sentido ¿qué sentido tiene para BP el cuidado?

**BP001:** Bueno para mí el cuidado es la esencia de lo que hacemos, por qué realmente aunque es un cliché el cuidado lo es todo y es la esencia de la enfermería, porqué es que cuidar al otro tiene unos significados bellos, de ternura, amor, de estar preocupado por el otro, entonces eso es todo, porqué es que en eso giramos, nosotros no giramos en entorno a un diagnóstico, no giramos en torno a un tratamiento, no giramos en torno a eso, para mí el cuidado es mucho más sublime que todo porque cuidado es estar con el otro ahí, que necesita, que esa persona sienta que no estás solo, para mí el cuidado es la esencia de enfermería y realmente esta palabra pues que ha tenido tanto por qué esa palabra se ha investigado, unos dicen que es una cosa, otros dicen que es otra, pero independientemente de la visión que se tenga, el paradigma que este tenga, de la teoría que se tenga, es esa la razón de ser de nosotros, cuidar al otro

independientemente de la definición que tenga cada quien sí, yo creo que uno con el tiempo adquiere un concepto sí de cuidado, después que ha leído mucho y tiene evidencias, todos los días aquí se aprende, se aprende de los pacientes, de las personas que lo cuidan, se aprende de los estudiantes, entonces pues él cuidado todo el tiempo cambia y varía, es diferente cuando yo estudié que era pues el cuidado yo no lo tenía como muy consiente, yo tuve que estudiar la maestría y entender y aprender con el tiempo, que era eso porque cuando yo estudie, la visión que yo tenía de enfermería era otra casi que uno salía sabiendo mucho de proceso salud-enfermedad giraba en torno a eso, hoy ya hemos cambiado, aprender que cuidado no era esto solamente lo procedimental, no solamente supieran medicamentos y cambiar el chip que el cuidado es otra cosa, eso me ha tocado aprenderlo, aunque todavía me falta es realmente llegar a cuidar cómo uno quisiera, esa parte humana que ha tenido muchas barreras sí, desde aquí, desde la formación porqué uno tiene que entender que hay gente que no tienen esa huella, entonces para ellos es más importante que el estudiante haga que lo haga rápido, que sepa si y no los culpo porque es que nosotros nos formamos así y muchos de los que estamos en esta escuela somos formado bajo esa escuela si, si tú hablas con una profesora que ha dejado huella que somos muchas que nos formaron somos uptcistas, nos formaron bajo este paradigma sí, hemos tenido que aprender en el camino que de pronto ese cuidado que yo aprendí, tiene otros aspectos, otras formas y es diferente a lo que yo crea pero si tu hablas de pronto alguna vez con otra la profesora qué dije si de pronto nos estamos muy rígidos de hecho una profesora de la universidad del valle pues algo que he aprendido muchísimo de la universidad del valle es que lo que ellos dicen lo vive si entonces es una persona muy cálida, entonces a ella l no le gusta que le digan profesora, le gusta que la llamen por el nombre y es supremamente calidad igualmente con los estudiantes que a ella los estudiantes nunca le dicen profesora pues es una cultura súper diferente, porque yo aprendí así, que era la profesora Alba. Y así cómo lo aprendí pues entonces yo fui dando esos pasos en la parte pedagógica, pero hoy en día también me di cuenta que esa parte no era lo correcto, no porque hayan estudiado lo incorrecto, sino que así la formaron y en ese momento esa era la escuela sí, pero en este momento digamos que uno tiene que hacer un pare y desaprender también, que no está fácil desaprende a lo que uno ha vivido, imagínate yo ya llevo veinte años de ser egresada mucho tiempo egresada, desaprender todo eso que uno ha vivido, no es fácil pero no imposible quiero que todos los días bueno vamos a tratar pero la formación que uno vive deja, deja huella. Siempre me acordaré de margarita, me acordare de Eugenia, esas personas en uno dejaron una huella en la formación, que hoy en día hace lo que somos ahora y entonces eso no lo puede cambiar no lo puede cambiar, pero uno en el caminar se da cuenta que hay cosas que uno tiene que hacer para mejorar porque el mundo cambia, porque hay otras perspectivas y uno tiene meterse ahí, pero de que deja huella deja huella.

**LM:** un poco más desde la educación, bueno, todo es educación, pero tú qué entiendes la formación integral de los estudiantes porque eso es algo que está muy marcado en la parte de la misión, la visión de la escuela, la universidad, pero tú ¿cómo entiendes esa formación integral?

**BP001:** No solamente acá en la escuela en muchas universidades se habla la formación integral, pues para mí la formación integral no es solamente lo académico si no que el estudiante, el estudiante no solamente es conocimiento, que el estudiante tiene otras dimensiones y que el estudiante tiene corazón, tiene un pensamiento, tiene unas situaciones, tiene emociones y que cuando ese ser humano se aborda de forma integral entonces no solamente se mira lo académico que de pronto eso es lo que fallamos, sino que se miran otras dimensiones de él, que hay en él que de pronto nosotros como escuela podamos incentivar, si es un estudiante que le gusta el arte como nosotros hacemos para incentivar eso y que no el eclipse por lo académico que es lo que a veces pasa, tengo una compañera y amiga, Mónica que le gusta mucho cuando fui estudiante el violín, violinista y todo y uno le pregunta a ella ¿qué pasó con el violín, que

sucedió? no nunca más, entonces yo digo nosotros en la academia nos encargamos de eclipsar todas esas cualidades que traen los estudiantes, aquí solamente en lo académico sí, entonces usted tiene que aprender a aprender eso y dejamos de lado la formación integral que es lo que hay que fortalecerse también, que eso he aprendido, digamos en unos procesos que hacen la universidad de pedagogía y es que el estudiante no solamente es conocimiento el estudiante tiene otras esferas y ahí la universidad tiene que trabajar los valores, las emociones, porque hay veces que los estudiantes y me incluyó también no las sabemos manejar sí, que sepa usted manejar que hace cuando usted un profesor que le dice algo y usted cómo estudiante que no le gusto, usted qué hace lo ataca o por el contrario usted es capaz de decir bueno pero tal cosa, no qué tal y es capaz de decirlo y de qué manera lo decimos que también es lo que nosotros vivimos acá en la escuela. Como te lo dije anteriormente nos hemos formado en esta escuela donde de pronto no trabajamos mucho esa parte de manejo de la emociones entonces hoy en día tenemos dificultades en este sentido, que usted aquí y usted no me saludo, que usted me hizo mala cara, que usted me hablo y no me gusto como me habló, por qué me hablo golpeado, pero por qué no me lo dijo, oiga BP me parece que usted me habló mal, no me gustó su tono, porque usted es así conmigo, me ofendió, me hirió. Entonces si no lo sabemos nosotros pues entonces nuestros estudiantes tampoco lo saben porque lo que uno no sabe pues no lo puedo enseñar. En ese proceso debe uno aprender cómo manejar las emociones y cómo enseñárselos a ellos, cómo trabajamos otras esferas del estudiante no solo desde lo académico, en eso la escuela yo pienso que a trabajando digamos estamos en ese proceso que no quiere decir que antes no se hacía porque nuestras profesoras y nuestras maestras fueron maestras del irrespeto, que se quita uno el sombrero pero digamos en ese sentido yo diría que nos hemos dado cuenta que eso es necesario no solamente acá en la UPTC en todos en todo el planeta, en todo Colombia es necesario trabajar que el estudiante sea un buen ser humano que sea un buen ser humano pero que además de eso tenga los conocimientos, porque es que la cuestión también es que yo digo que sí usted puede ser un buen ser humano pero no saben cómo en determinado momento actuar frente a una emergencia frente a alguien que necesita en este momento su conocimiento, pues entonces es una persona que va a tener muchos problemas legales, está la vida de la persona en esos momentos, pues si toca conocer, no podemos formar solamente un ser humano que es muy buen ser humano, pero que le falte yo creo que tiene que haber un equilibrio que sea un buen ser humano y que tengan estos conocimientos de la disciplina que lo van a ayudar a hacer mejor porque el conocimiento ayuda a mejorar esa humanidad.

**LM:** ¿Tú crees que la universidad cumple con esa función de formadora integral, la universidad hablando en general, la escuela, la facultad?

**BP001:** nos falta, tengo que aceptarlo, yo pensaría que a la universidad le hace falta trabajar mucho más en los procesos de integralidad, no quiere decir que no sé haga y la por ejemplo la parte de bienestar está muy bien el estudiante se apoya en toda esa parte, tiene muchas posibilidades en el deporte, las posibilidades artísticas, la posibilidad de servicios de salud, pero yo pienso que nos falta, nos falta trabajar y nos falta trabajarlo y cómo lo evidenciamos porque a veces los decentes, yo lo digo no tenemos esa parte integral si, si a mí me lo dice la universidad usted como profesor considera que brinda esos servicios, pues a veces uno dice la universidad muchas personas aquí digamos muchos profesores tienen altos niveles de estrés, altos niveles de carga laboral y eso influye en la formación entonces que hace la universidad para eso, entonces no solamente tiene que ser la norma y las leyes sino que debe tratar de buscar espacios, no que no lo ha hecho, claro que lo ha hecho y a uno lo invitan, que esto a que baje que vaya al gimnasio que vaya, Pero nadie se pone a mirar y aquí la carga no sabe y a veces no tiene tiempo de ir hasta allá o de ir hasta acá entonces yo pienso que en ese sentido la universidad está en un proceso importante que pues está reevaluando su visión, su misión, pero pues nada es perfecto,

nos hace falta trabajar más en eso vivenciarlo más que realmente nosotros como profesores entendamos que nos vean no solamente como el docente que sabe, que el docente que garantizan otras condiciones de salud y bienestar y que nosotros vamos también al mismo tiempo reflejando en los estudiantes y yo digo que estamos en ese proceso y nos falta.

**LUIS MIGUEL:** Finalmente ya para terminar ¿hay algo que quieras añadir o comentar, algo que quisieras, que se te olvidó?

**BRIGITTE:** No, yo creo que ya.

### ENTREVISTA LFB001

**LM:** me gustaría iniciar preguntándote si tuvieras que hablar del cuerpo ¿qué es lo primero que se te viene a la mente, que es lo primero que dirías y por qué?

**LFB001:** pues como que el cuerpo es el instrumento que uno tiene para vivir la vida, para compartir, para socializar con las demás personas y que es a pesar de que uno socializa con las demás personas es algo individual sólo me pertenece a mí y qué soy yo la que asumo las decisiones y el cuidado de mí cuerpo.

**LM:** ¿por qué crees que es importante hablar del cuerpo en enfermería o si no es importante?

**LFB001:** No para mí es importante porque es primero la reflexión de que si tu no contemplas tu cuerpo y te haces responsable de tu cuerpo y sobre todo el cuidado y la protección y la toma de decisiones sobre tu cuerpo es difícil que puedas llevar a cabo el ejercicio de cuidar al otro, entonces si no es importante tu cuerpo pues el del otro no va hacer importante o digamos no le vas a tener la misma responsabilidad como si tú cuidas el tuyo, si tu no aprendes a hacerte autónomo en el cuidado y el manejo de tu cuerpo pues no vas a obtener respeto cuando tengas que cuidar el cuerpo de los otros y digámoslo en el fondo la esencia de nosotros es cuidar y valorar cierto y analiza que lo que le pasa al otro del cual necesita en cierta forma o requieren cuidados de enfermería. Si yo no hablo de cuerpo y primero si yo no hago introspección y miró como es el mío y tomo decisiones sobre el mío y me apropio del mío, creo que difícil ejercer un buen cuidado, para mí es una de las cosas fundamentales de hablar del cuerpo y ser objetivo en el manejo del cuerpo, o sea que yo sea consciente de que tengo un cuerpo, para que lo tengo, cómo lo tengo y como mi cuerpo puede interactuar con el otro pero siendo consciente de lo mío primero para ser consciente del otro.

**LM** ¿Qué crees tú que es el cuerpo en enfermería hoy en día o que representa el cuerpo hoy en día en enfermería?

**LFB001:** Pues creo que se a perdido un poco el manejo del cuerpo del otro me planteo un poco cómo lo que te comentaba antes porque se ha vuelto un poco más técnico el asunto y menos de contemplación y menos de compasión y menos de analizar lo que el otro realmente está pasando o porque realmente está pasando, entonces nos hemos centrado más en la hojita y la administración en el papelito, en que venga terminó rápido venga lo hago y no realmente no me detengo a contemplar o analizar realmente ese otro cuerpo, porque que está ahí y lo que realmente requiero porque está allí si, entonces se ha perdió un poquito esa observación y la contemplación del otro y de su cuerpo bueno y para empezar cuerpo no sólo lo físico sino ese ser que está ahí no sólo en un área clínica, no solo la persona que está acostada en servicios de hospitalización, sino de la persona que entra a un consultorio a una consulta de enfermería o de

la persona que yo me acerco en una visita domiciliaria o de las personas con las que trabajan en el proceso educativo y a veces se pierde eso realmente pensar por que está ahí el otro.

**LM:** ¿Qué crees se debería enseñar hoy en día del cuerpo en enfermería o está todo dicho ya?

**LFBoo1:** no creo que hace falta a los estudiantes hacerles un proceso de autonomía de control y de satisfacción por su cuerpo, porque desafortunadamente he visto que en los últimos años que los chicos cada día están más inconformes con lo que son, con su cuerpo y se están fijando muchos solo como en la parte física y confunden el concepto de estética con solo la delgadez o el pelo o verse bellos, pero una belleza para mí es como plástica y no la belleza profunda y realmente yo como me construyó emocional y física y espiritualmente y que voy a ser con mi cuerpo y entonces sí creo que nosotros hemos cometido el error de no poder primero que ellos hagan como es el proceso de autonomía y de respeto por él mismo y que valoren su cuerpo como como el instrumento con el cual uno puede brindar el cuidado del otro, pero también si se comprenden ellos pueden ejercer un mejor cuidado y a veces los mandamos a escenarios prácticos y haciendo procesos supuestamente de toma de decisiones y autonomía frente a otras personas cuando uno sabe que no lo han hecho, entonces ahí es cuando entran en conflicto y no les gusta el espacio pero por qué no han desarrollado, no han generado esa esa habilidad con ellos, ir a hablar creo autoestima y sabemos que muchos no tienen una adecuada autoestima, ir a hablar el dominio de si y el cuidado de sí cuando realmente ellos no lo ejercen. yo creo que eso si ha hecho falta en el proceso de formación de los de los estudiantes, no digo que logré en el pregrado, para tener un poquito de noción o poder tomar decisiones sobre el cuerpo de uno, tiene uno que vivir por muchas cosas pero de pronto puedo tomar la experiencia de tomar la experiencia de uno y poder aportar a los estudiantes que como seres humanos lo hagan un poquito más temprano de lo que uno lo hizo, y puedan llegar a ser más responsable creo que la experiencia no sabe que a mí me tocó, sino de pronto como yo en lo que viví pueda aportar a que hagas ese de proceso antes de lo que yo lo hice y sean más conscientes de eso.

**LM:** ¿tú crees que los estudiantes ya llegan así o es durante digamos con el transcurso del semestre van perdiendo como esa parte de autonomía y de conciencia sobre el cuerpo?

**LFBoo1:** Bueno yo creo que hay una falencia desde la formación en la infancia, no solo acá, sino en nuestro país, porqué en general digamos hay un cambio en la forma en que en que se educa, que me parece bien en algunos aspectos, pero también se le ha generado toda la responsabilidad al ámbito educativo. Y a nivel familiar se han perdido muchos procesos sí y también como perdido en él, como en ese compartir de familia, ahora hablamos de pautas de crianza, de la inteligencia emocional y hablamos de generar en los niños inteligencias emocionales y las que ponemos a los niños en un monto de cosas, pero realmente creo que nos hace falta desde la infancia enseñarles a los niños el cuidado, de sus espacios, a quererse, a valorarse y respetarse y a mirarse, porque una de las cosas que uno encuentra, es el miedo a mirarse, el miedo sentirse, el miedo a tocarse, a reconocerse. Aparte de enseñarles a los niños el cuidado de sus espacios y quererse, a valorarse y respetarse, y mira que hace poco les compartía a los estudiantes una lectura sobre sexualidad en la infancia y ellos se escandalizaron porqué como es que los niños disfrutan haciendo popó, es parte del proceso de sexualidad es una cosa inconsciente, pero el punto es que yo como familia tengo que aprender también a identificar eso mas no castigarlo, porqué al niño le gusta cogerse sus genitales si no irlo trabajando de otra manera yo creo que es solo acá, a veces ellos llegan con muchas frustraciones y con muchos miedos y uno como profesor no alcanza a identificar todo, aunque creo que eso si es una falencia desde la familia porque le han votado todo al sistema educativo. Creo que ya llegan con mucha con mucha frustración, muchos miedos y a veces cuando se estrellan con profesores que que

maneja lo que tienen o que ya lograron como cómo superar esas cosas, se sienten atacados, por ejemplo cuando uno les dice que hay que trabajar tolerancia a la frustración y que si tu le hablas al otro cuidado pues que tú también te cuidas, péñese, hay estudiantes que le llegan a uno sin bañarse, ya uno dice juepucha ya este es como grande tiene como dieciocho diecinueve años, ya de entrada empieza uno analizar qué pasa por aquí por qué pasa eso empieza uno a preguntar sobre esas historias de vida de ellos, porque les da miedo o simplemente no quieren compartir, pero ya vienen con eso. Pero el trabajo grande de nosotros en este momento es el trabajo emocional fuerte porque le hemos metido tanto la idea de competencia, pero mal entendida desde la competitividad, de que tengo que ser mejor que el otro, No como tal de que soy competente para lo que quiero trabajar y ellos resultan ser muy fuertes, muy rudos, muy egoístas entre ellos, pero es algo que es una tarea para nosotros.

**LM:** ¿Cómo crees que se relaciona el cuerpo bueno ya me habías dicho algo pero me gustaría profundizar bastante en eso y es cómo se relacionan con el auto autocuidado y el cuidado de la salud, lo pregunto porque en otras entrevistas con otros docentes, para unos el auto cuidado y el cuidado viene siendo lo mismo, para otros docentes el autocuidado tiene otras denominaciones, para otros simplemente no existe entonces te lo pregunto, porque de pronto para ti pueda tener otro significado la relación de cuidado y autocuidado con el cuerpo?

**LFBoo1:** Bueno, digamos que entre lo que uno viene a reflexiona, las cosas que uno lee a mí me gusta un poquito el concepto de Foucault de cuidado de sí. Porque para mí engloba las tres cosas que tú hablas, autocuidado y cuidado. El habla que el cuidado de si implica tres cosas. Primero como yo me concibo, como yo al mirarme y al permitirme expresarme como soy puedo llegar a cuidar a otros y cuidar al otro tiene que ver con dos cosas, poder cuidar a las personas, al prójimo y el otro de cuidar a la naturaleza y a los animales, él dice que para poder llegar a ser eso primero tengo que llegar a manifestar eso de lo que realmente soy y aceptarme como soy para poder llegar a cuidar de mí y habla del cuidado así desde desde esos aspectos y que si yo por ejemplo digamos me asumo, me valoró identificó me reconozco y me permito expresarme pero llego a un punto egoísta o egocéntrico, pues no puedo cuidar al otro ni puedo cuidar la naturaleza entonces no puedo contemplar todo el cuidado de si desde cómo puedo llegar a eso para que yo pueda hacer esas tres cosas. De como yo también dominó el expresarme y que incluye una línea de dañar al otro, ni de dañar la naturaleza y los seres humanos. Digamos que, entre los otros conceptos, el permitirme expresarme y manifestarme sería el autocuidado y el cuidar al otro sería el cuidado dentro cuidado no se contempla la naturaleza y en las teorías son muy poquitas las que hablan del cuidado de la naturaleza, se habla del cuidado del otro, más no del entorno.

Entonces para mí sí es necesario que si yo no desarrollo habilidades personales es muy difícil hablarle al otro, cosas básicas como la alimentación, como el ejercicio, como el reír, como el practicar un arte, cantar, bailar otra cosa distinta y leer otras cosas porque a veces uno se concentra netamente en cosas académicas, pero permitirse realmente de disfrutar de lo estético y la belleza, creo que eso genera otras cosas para poder cuidar al otro. Inclusive raya en la ética, como que yo le digo que se cuide o haga actividad física, pero yo no lo hago, para mí es como una reciprocidad entre lo que yo espero del otro, yo también lo haga en mí, para mí eso es fundamental.

**LM:** ¿para ti qué sentido tiene el cuidado?

**LFBoo1:** el cuidado tiene varios sentidos, en el primer sentido es de poder fortalecer la calidad de vida de los otros y en segundo permitir que el otro llegue a un punto de satisfacción con su

vida y también obviamente, un cuidado propio para poner en práctica lo que aprendí sí y desde el cuidado en una concepción no tan protectora, como yo desde el cuidado o desde la concepción de lo que puede llegar a ser cuidar poder fomentar políticas, también para mí tiene que ver con poder generar políticas que es como cómo yo siendo o teniendo un empoderamiento de lo que es cuidar, realmente demuestro la necesidad no solo individual sino colectivo se empieza a gestar procesos de cuidado, si realmente tengo claro que eso le apunta a que se mejore la calidad de vida de las poblaciones. Entonces para mí, desde la experiencia de la salud pública, creo que el hecho de ser enfermera a mí me ha dado muchas fortalezas porque uno puede dimensionar otros aspectos que no se ven desde lo biomédico o desde netamente lo administrativo o netamente desde el beneficio económico, entonces también el sentido político. Creo que el cuidado también necesita tener un sentido político.

**LM:** me gustaría preguntarte tú cómo entiendes esa formación integral de los estudiantes de enfermería, porque es algo que me he puesto a revisar en los documentos, es algo muy constante en la misión, en la visión de la escuela, de la universidad, de todo. Me gustaría que tú me dijeras ¿cómo entiendes esa formación integral?

**LFBoo1:** Para mí como que formarse integralmente desde el pregrado sigue siendo, para mí es complejo, porque primero hablamos de que los chicos llegan con una inteligencia emocional muy poca, por no decirlo baja o nula y porque para mí dentro de la formación integral uno tiene que aprender a ser disciplinado aprendí y disciplinado no solo con lo académico, no con los procesos cognitivos de aprehensión de información y hacer cosas, sino que realmente decir: bueno yo estoy convencido de que esto es lo que gusta, para eso estoy estudiando y para mí la disciplina no sólo de la parte académica sino sé que me tengo que levantar temprano, lo hago pero por convicción no por qué me toca y uno ve muchos estudiantes que se van temprano a la práctica, porque les esto y no porque lo estén disfrutando y ahí viene un componente de apoyo docente que creo que también nos ha fallado, porque a veces es en algunos casos seguimos siendo muy rígidos, pero nosotros nos hemos ido al extremo, hemos cedido en muchas cosas, que a veces uno dice: pero espere, entonces no es que el docente tenga un nivel, este por encima, pero digamos que dentro del proceso de formación de pronto uno tiene una experiencia que ellos de pronto no y es como compartir ese proceso de experiencia, más como guiar el proceso. pero si a veces esa relación docente estudiante se pierde, porque hay estudiantes que se van de tú a tú, entonces ya quieren pasar límites personales que algunos docentes no quieren, a mí por ejemplo no me gusta, yo soy muy decente, buenos días, buenas tardes, pero a veces se cambia la formación integral, como de que podamos llegar a lo personal y si no eres un docente rígido y bravo, empiezan a hacer comentarios, como “profe usted es tan joven, pero es toda brava y seria, malgeniada y amargada” entonces se confunde.

Pero retomando el punto a la formación integral, yo creo que de las cosas más difíciles es eso, que ellos a veces pueden llegar con procesos cognitivos muy buenos, de memoria, critican, argumentan, pero la actitud con los otros es fuerte, entonces son envidiosos, egoístas, duros con los demás y eso no es integral. Para mí es que no ha logrado superar las cosas, de cómo ve al otro y hay muchos jóvenes que sus familias han sido muy permisivas y entonces son caprichosos y ansiosos, entonces si yo no se hace como yo digo, entonces la profe es un mal docente y eso cuesta. Y a veces nos pasa lo contrario profesores que no hemos superado procesos emocionales y lo toman todo personal y literal y eso también falla, porque yo creería que como docente también nos falta ser integrales, no hemos desarrollado integralidad, hay unos muy viscerales, que toman decisiones con la emoción. Entonces creo que es de parte y parte, si nosotros no tenemos formación integral o no podemos manejar emociones, creo que es difícil formal a un estudiante integralmente.

Por ejemplo, dicen: “aquí tanto que forman integralmente y no toman las necesidades de los estudiantes” y yo les decía: ¿tu tomas en cuenta las necesidades de tu profesor? Eso es reciproco. Para mí es un error, obligarlos a trabajar con gente que ellos no quieren, yo creo que más bien hay que enseñarles que tú no puedes trabajar con él, pero tampoco puedes irrespetarlo, no lo maltrates, es otra persona distinta a ti, simplemente respeta que él tiene su forma de ser y tú tienes tu forma de ser, pero a veces caemos en el error de que itiene que trabajar con todos los compañeros! A uno le pasa, hay gente con la que uno no puede, con su forma de ser, sentir y actuar, pero uno aprende a identificar que con esa persona no puede, pero no le hace daño a esa persona, eso creo que es fundamental.

**LM:** ¿tú crees que la universidad o la escuela bueno, ya me dijiste que tiene que ser reciproco el tema de la formación, pero tú crees que la universidad o la escuela hacen o promueven esa formación integral?

**LFBoo1:** de intentar hacerlo sí, nos falta es un mejor soporte, es decir, aquí nosotros a ser docentes sin tener formación en pedagogía, muy pocos hemos hecho el proceso de uno empezar con diplomados o especializaciones o sentarnos a leer que es la pedagogía, como son los procesos pedagógicos y didácticos, y muchos enseñamos como aprendimos y copiamos modelos. No es llegar al punto de centrar todo en las necesidades del estudiante, sino de toda la comunidad académica, obviamente hay casos especiales

Nosotros lo intentamos, cuando nos reunimos, a veces uno habla y escucha y todos decimos ibueno y que hacemos con este estudiante, como lo manejamos! Se ha intentado abrir otros espacios diferentes a solo aprenderse las cosas, que sea netamente del hacer y del pensar, sino más bien de emocionalmente, espacios de esparcimiento, como de crear las tertulias, donde los chicos se rían, se emocionan, que el baile. Y uno ve a veces en esos procesos que todos dicen: ibueno profe cuando vamos a hacer una fiesta de integración o una salida de integración del espacio de formación! Entonces ellos ya también los buscan, que a veces no se puedan concretar, pero de que se intentan se intenta.

**LM:** ¿Cómo sería una educación de calidad o una educación diferente que apunte a todas esas reflexiones y que recojan todo este tipo de nociones que hemos hablado?

**LFBoo1:** Pues bueno para generar procesos de calidad no hay que solo pensárselo en el nivel de formación universitaria, sino también empezar a trabajar desde la educación primaria, desde la misma concepción.

Porque a veces dejamos que la responsabilidad de un buen profesional se hace en las universidades y yo creo que eso es un caminito.

Entonces primero trabajar fuerte la inteligencia emocional en las familias, también volver a que el otro es importante, pero que yo también soy importante y no me puedo negar frente al otro, pero en ese importante, no es que yo me imponga sobre el otro, sino que también lo sepa manejar, entonces yo creo que desde la educación lo primero que hay que hacer a ser críticos, a ser reflexivos, argumentarme y también asumir responsabilidades, no buscar culpables.

Entonces es la responsabilidad de lo que yo hago con mi proceso y dentro de mi proceso que tan responsable soy para que no afecte al otro de manera negativa, sino que el otro vaya creciendo conmigo y asumir que el proceso del otro no es mi responsabilidad, mi responsabilidad es no invadir el proceso del otro, pero pues el trabajo debe ser en conjunto, primero docentes y estudiantes. Pero si no se trabaja esa parte emocional y afectiva desde la infancia, el trabajo va a ser más difícil acá en el nivel de la formación universitaria, por lo que te decía al principio, hay chicos que llegan con frustraciones, con miedos, con dolores, con temores y que a veces uno se

pone a escucharlos y son unas historias que uno dice: ¿es en serio todo lo que le pasa? ¿Será cierto? Porque algunos también son manipuladores y es repetitivo el asunto y se mete uno a analizarlos y si hace falta, pero el trabajo no es solo del docente, pensaría yo que es muy familiar y desde chiquitos, entonces es poder hacer la educación de calidad desde la infancia y dejar hablar de culpas, ¡usted tiene la culpa! O como: ¡yo no le cuento a mi papá porque me va a matar! Pero entonces bueno: ¡voy a contarle a mi papá y entre los dos vamos a buscar y asumir responsabilidad del proceso tanto los docentes como los estudiantes

**LM:** ¿Hay algo que quisieras comentar o añadir?

**LFBoo1:** Pues que también es como poder retomar... no sé, que yo creo que una debilidad en nuestro país es la falta de lectura y la falta de querer ir más allá, nosotros somos muy conformistas, entonces: ¡ya con lo que me dieron con eso me quedo! Y yo si he vista esa debilidad no solo en los estudiantes, sino en los egresados ya algunas veces en los profesores. Y yo creo que un profesor que lee, un profesor que busca ir más allá tiene más cosas para orientarle a los estudiantes y un profesor que investiga tiene más cosas que aportarle al proceso de formación del estudiante, entonces eso también pienso que hace falta, de ser conscientes de buscar otras respuestas y hacerse más preguntas y llegar a un punto de bueno no hubo respuestas, pero por lo menos busque y es como dejar ese conformismo que a veces también es con lo que uno se estrella, porque uno no tiene seguro nada, lo único seguro es que se va a morir. Entonces yo sí creo que le ha hecho mucho daño a la educación, que nos conformemos y tampoco es ser todo el tiempo positivo, pues porque hay cosas que no tienen solución, y de verdad hay cosas que no tienen solución, eso sería lo último que tendría para aportarte.

### ENTREVISTA LH001

**LM:** Entonces LH, si tuvieras que hablar del cuerpo ¿Qué es lo primero que dirías?

**LH001:** Ushh, si tuviera que hablar del cuerpo (4.0) ¿qué es lo primero que diría? Pensaría en hablar sobre (2.0) ¿de mi propio cuerpo o del cuerpo de alguien más? ¿Cómo lo piense? Bueno, pensaría como el tema del, cosas que abordaría sería como los sentires, el significado, los significados; si creo que serían esas dos cosas. O sea, el significado que tienen las personas, el significado que las personas le dan al cuerpo y lo que sienten frente a su cuerpo.

**LM:** ¿Por qué?

**LH001:** Creo que esas dos cosas son importantes. El tema de los significados, porque nos ayuda a abordar más, digamos más >cosas< a profundizar sobre lo que la persona, sobre su concepción también sobre el cuidado, la enfermedad, la belleza ee, el cuidado de sí, sobre el tema de la autoestima, entonces el tema de por ejemplo lo que significa para esa persona el cuerpo y cómo ve el cuerpo, si solamente el cuerpo es algo físico o si el cuerpo va más allá de eso físico si, el tema también que alguna vez se ha abordado tratando de hacer un ejercicio de corporalidad por ejemplo, >las cicatrices< el tema de cosas como, bueno de las estrías también porque siento que son, que hay algunos aspectos en el cuerpo físico (.) que marcan profundamente la corporalidad de las personas, el carácter de las personas, como son, como se (.) comportan con otras personas, lo que piensan sobre el mundo.

**LM:** ¿En ese sentido que es para ti el cuerpo, entonces?

**LHoo1:** Ushh El cuerpo es (3.0) es un territorio de lucha↑, es un territorio de lucha, de resistencia, es un territorio donde lucha la (2.0), como el tema del deber ser, del querer ser y lo que uno está haciendo sí. Del deber ser con respecto a todas las cosas en los mandatos sociales si, entonces en mi caso por ejemplo mandato social de ser una mujer, entonces, como debe ser una mujer bonita, cual es el significado de belleza que tiene la sociedad, una mujer buena, ¿cuál es la mujer buena?, una profesional, una mujer profesional también exitosa, ¿entonces cuál es el deber ser?, lo que quiere Sandra, el ideal que quiere Sandra entonces ella como quiere ser, cual es la belleza para ella o pues bueno para mí, que es lo que ella cree que es la belleza, lo que ella cree que es correcto, justo, lo que ella piensa que es lo que de verdad la hace libre, lo que la hace feliz, lo que la hace sentirse contenta y también lo que ocurre en el exterior y el cuerpo es ese territorio también que permite ee la contradicción, pero también la resistencia, como frente a la adversidad ese cuerpo se mantiene y mantiene no solamente su salud en términos desde lo biomédicos sino en términos emocionales, espirituales; de cómo vuelve de como a pesar de todo vuelve a lo que quiere y entre esa lucha entre el deber ser y el querer ser que surge.

**LM:** Listo Lore ¿Por qué crees que es importante hablar del cuerpo en enfermería?

**LHoo1:** Porque nosotros trabajamos pues con personas y con el cuerpo de esas personas, no me refiero solamente a ese cuerpo físico, sino a lo que las personas les duele más allá de su dolor físico, lo que las angustia, lo que sueñan ee lo que piensan, las frustraciones que tienen, el dolor por no tener a sus familias cerca, la incomodidad de estar en un lugar que no es suyo,(3.0) no es solo el tema digamos de las cosas rutinarias o de los procedimientos que tenemos que hacer y que se trabajan y en los que se invade el cuerpo, sino que a veces vamos más allá, invadimos la vida de las personas, los sentimiento de las personas y creo que es necesario saber ¿cómo es que nosotros nos acercamos a ellos? con una mirada con una palabra, con una caricia también se puede o con los procedimientos que generalmente se realizan, digamos en áreas asistenciales, en áreas comunitarias como ingresamos a sus hogares y eso como los hace sentir frente a eso. Creo que son una de las cosas que menos nos preguntamos en la enfermería como nos (2.0), si nosotros con nuestra corporalidad o con lo que somos, a veces se nos hace tan fácil invadir los cuerpos y sin ni siquiera siendo muy abusivos, muy agresivos, muy violentos frente a eso. Entonces creo que hace falta más, hace falta muchísimo trabajo sobre el tema de la corporalidad propia, iniciar trabajando en enfermería con la corporalidad de cada sujeto que está estudiando, con cada docente que está estudiando para poder luego enseñarle al estudiante, bueno a la persona, cómo comportarse, como actuar frente cuando estoy frente a otra persona, como tocar ese cuerpo o como hablarle a esa persona, como mirar a esa persona ¿sí? que cosas deberíamos hacer frente a eso.

**LM:** ¿Qué es el cuerpo en enfermería entonces?

**LHoo1:** Bueno a nosotros en enfermería nos han enseñado que el cuerpo es un conjunto, un saco de lleno de órganos sí, eso es lo que yo pienso que se nos ha enseñado. Nos hablan de cuidado holístico e integral y que todo está, pero nos fragmentan. Tenemos unas asignaturas que son de cuidado de la mujer y vemos ahí unas cosas cortadas que son solamente lo de la mujer, pero también soy una mujer y puedo ser una mujer adolescente o puedo ser una mujer adulta o puedo ser una mujer adulta mayor y eso no me hace diferente, el curso de vida en el que este ¿sí? Eee las áreas, entonces hoy vamos a hablar sobre en sobre el EPOC o sobre la hipertensión arterial. Pero no se tiene en cuenta el tema de lo que es la persona como tal, entonces simplemente en muchas veces nos, hacemos lo mismo que los médicos y herimos a la persona,

entonces hablamos si allá está el de la hipertensión, aquí está el del EPOC, aquí está el de tal cosa, pero no hacemos parte y por ejemplo, una una algo que se ve muy reflejado es el tema de la sexualidad. La sexualidad la separamos de todo y sólo la vemos en la mujer, pareja y niño o mujer-pareja mejor dicho, la vemos ahí y ahí se ven los métodos de planificación familiar, además que son solamente métodos de <planificación familiar y solamente son en la mujer que está en edad reproductiva, entonces una mujer que está en más o menos catorce años que es la edad moralmente aceptada ¿sí? más o menos para que una mujer inicie a tener su vida sexual, a una mujer antes de los treinta y cinco años porque después ya no. Y las mujeres más pequeñas las niñas de diez años no tienen sexualidad y las mujeres de sesenta años tampoco tienen sexualidad, entonces eso es lo que hemos hecho por el cuerpo de las personas. Los hombres de sesenta años, un hombre que tiene diabetes le habla hablamos sólo de la diabetes, de su insulina del cuidado del pie diabético, pero nunca le hablamos de que pasa con su sexualidad, de que si se está sintiendo bien, hablamos del tema de la colostomía con una persona que tiene su colostomía y como es el proceso y que pasa y en donde se la pone y que si está en una lado se llama así y si está en otro lado se llama de otra forma. Y hablamos de hacer la curación y los insumos y de la bandeja con y se habla en enfermería tanto tanto de la bandeja con, pero cuando yo le estoy haciendo la curación a esa persona o le estoy enseñando como hacerla, nunca me estoy pensando o cuando va al control, nunca me estoy pensando esta persona que siente cuando se relaciona con otras, si tiene su bolsa de colostomía cuando están en el banco, cuando está con un amigo tomándose una agüita, cuando esta está durmiendo con su esposa o con su esposo ¿qué piensa? Y desligamos eso y para nosotros la persona es, el cuerpo en enfermería es un saco de órganos qué tenemos que prevenirles tales cosas, prohibirle un montón de cosas muchas veces sin importar su contexto, sus determinantes, su historia, sus gustos, todo lo que piensa esa persona, todo lo que es esa persona, y sí no es para prevenir alguna enfermedad o promoverle su salud, entonces es sólo para prevenir complicaciones de una enfermedad. Eso si nos jactamos en decir que hablamos de cuidado, que es integral, pero en realidad es un lado muy fragmentado, es un cuidado que está orientado a cuidar órganos más que cuidar a las personas.

**LM:** ¿Hoy en día que crees que se debería enseñar sobre el cuerpo en enfermería? Hoy en día para ti.

**LHoo1:** Hoy, (3.0) yo creo que debería iniciar como lo decía, por ser conscientes de nuestro propio cuerpo sí, de ser conscientes del cuerpo de Sandra como docente, del estudiante o de la estudiante x, como estudiante es empezar a acercarnos a eso, a ser conscientes de nuestro cuerpo y a ser conscientes que hacemos diariamente por ese cuerpo, nosotros mismos, o sea porque hablamos mucho mucho mucho y (.) pero nunca lo ponemos en práctica y los estudiantes de enfermería, las estudiantes de enfermería sí se conocen mucho los métodos anticonceptivos, alimentación saludable, pero nunca lo ponemos en práctica, entonces el tema yo creo que es iniciar por concientizar-nos sobre nuestro propio cuerpo, para luego saber que si nuestro cuerpo siente, tiene miedo, le duele y cómo actuamos frente a ese dolor, frente a ese miedo, frente a la alegría, frente a diferentes circunstancias cuando yo me voy a relacionar con el otro o con la otra tengo una persona también que está en la misma circunstancia de sentir miedo, de sentir dolor, de sentir angustias y ya no lo trataría de esa forma; no como un órgano o simple patología sino como una persona en todo, que su situación de diabetes lo preocupa y qué le afecta y le da miedo y que no sabe cómo actuar y que también afecta a su familia y que también ahora es diferente el tema de su sexualidad. Yo creo que sería iniciar por ahí.

**LM:** ¿Cómo crees que se relaciona el cuerpo con varios conceptos que utilizamos mucho en enfermería como el autocuidado y el cuidado de la salud?

**LH001:** El cuerpo y el autocuidado

**LM:** que relaciones encuentras ahí, como el cuerpo ¿cómo se relaciona con el autocuidado? porque son unos conceptos como muy polisémicos digámoslo así en enfermería y me gustaría de pronto conocer ¿cómo se relaciona ahí el cuerpo con el autocuidado y el cuidado de la salud?, si para ti son lo mismo que tipos de relaciones hay.

**LH001:** Pues lo que pasa yo siempre he creído que hay dos conceptos, y es el autocuidado lo asocio más como a prácticas más como al tema biomédico y las prácticas y muchas prácticas que van a prohibirle a las personas, entonces autocuidado cuida, debe cuidar su alimentación, entonces no puede comer salado, no puede comer tal cosa, no puedes comer esos carbohidratos, no pude hacer, es un tema común con respecto a la a las prácticas, entonces son prácticas muy dirigidas, son también muy ligadas a lo biológico.

El cuidado de la salud también lo pienso un poco desde enfermería y es como todo el tema (2.0) sí que están muy relacionados los dos, estos dos conceptos. Me gusta más el tema del cuidado de sí, del concepto de cuidado de sí, porque va más allá, hacer más conciencia sobre lo que yo hago cotidianamente ¿sí?, todas las acciones que yo tengo cotidianamente y que pueden ser (3.5) un poco relacionados con las prácticas de autocuidado pero que también está relacionados con otras cosas que me hacen sentir placer, que me hacen sentir feliz, que me hacen sentir contenta, bueno que tiene que ver con el cuidado de si con lo que expone Foucault, la libertad, el poder bueno.

**LM:** Entonces a nivel personal ¿qué sentido tiene para ti ese cuidado de si?

**LH001:** Pues es hacer como, hacer más consciente también (2.0) el tema, ahí es donde entra el tema también de las contradicciones del deber ser y el querer ser y en ese cuidado de si yo creo que entramos más como a defender si se pudiera decir así, ese querer ser↑ eso qué quiero qué quiero ser. Entonces, tiene que ver con exactamente las prácticas cotidianas pero también con las, con las, con las >questionamientos< que me hago, como los respondo, con digamos, con cosas también que me llenan y que pronto no entrarían dentro del autocuidado pero si me satisfacen, si me hacen feliz y me hacen sentir motivada digamos como cosas que se hace con los estudiantes, ejercicios que se hacen con los estudiantes, con una lectura que me anima y dice Wao, interesante seguir leyendo sobre este tema y que siento que me nutre con conversaciones que tengo con compañeros o compañeras que me ponen a reflexionar y a pensar y si yo no había visto la cosas desde esta perspectiva. Yo siento que ese también es el cuidado de sí, porque es el que me cuida a mi como Sandra y el que me dice, se siente bien, se siente satisfecha con lo que ha hecho, se siente fuerte con lo que han hecho, sí se está planteando también un proyecto de vida, es ésta planteando unos nuevos sueños, se está planteando también nuevas ilusiones, nuevas motivaciones y también permite ver bueno ir atrás, bueno tuve estas situaciones adversas, tuve estas condiciones, tuve esto; cómo actuar y como me siento hoy, entonces es el verme fortalecida, verme animada, verme ilusiona. Eso para mí es el tema del cuidado de si, más que la práctica de decir, no si es que ahora estoy comiendo cinco porciones de frutas y verduras, es el tema de por qué lo hago y como me estoy sintiendo ahora que lo estoy haciendo si, o estoy yendo a un gimnasio si y más que una recomendación de una entidades e instituciones cómo estoy sintiendo frente a eso y si lo hago y al hacer análisis, si lo hago estoy haciendo ejercicio lo estoy haciendo por el deber ser ¿sí? y por encasillarme o estar en un tipo de belleza o lo estoy haciendo porque me siento más relajada, porque me siento menos estresa,

porque me permite también pensar otras cosas mientras estoy haciendo ejercicio, o sea más allá de la práctica es lo que permite, lo que me lleva a pensar eso que estoy haciendo.

**LM:** Pensando un poco como en clave de esa educación que se nos da, digamos a los enfermeros, como tú entiendes la formación integral del profesional de enfermería.

**LH001:** Formación integral

**LM:** Porque digamos es un concepto

**LH001:** ¿Desde mi perspectiva?

**LM:** es un concepto que se utiliza también mucho en enfermería incluso se refleja casi en todo los, si te das cuenta en la misión, la visión, todo incluso en la escuela entonces, para ti ¿cómo sería esa formación integral?

**LH001:** Pues a mí me parece que esa palabra es, como muy contradictoria y es muy (2.0), es contradictoria, es vaga y es muy amplia en sí. No me gusta como el concepto de formación integral, yo hablaría de no se... dé otras cosas, en este momento no yo podría decir que. Pero siento que la formación, el tema como de formación me trae algo como muy rígido y disciplinado, cuadrículado y cuando me hablan de integrales es como en todo, entonces como que hacemos todo, o sea se trata de hacer todo pero se hace nada, porque no (2.0) se ubica que, sobre que es, uno formar cómo a doctrinar me suena más e integral, entonces me parece que no, no sería, no es como coherente. Y creo que también hay unos aspectos ahí en información integral y es ahora no, no se no, digamos no podría decir sobre lo que se ve acá en la escuela como tal. Pero creo que es hablar sobre unos aspectos como proyecto de vida, como de valores, como de y como de la relación también como de los valores institucionales con los valores personales creo que es algo así, y yo creo que debería ser algo más amplio ese tema de proyecto de vida también, pues no es algo que se pueda abordar en un, digamos en una sola asignatura o en un solo espacio ni siquiera que creo que se pueda abordar en una carrera, porque el proyecto de vida va cambiando, o sea hay muchas circunstancias que lo van haciendo cambiar. Lo que queremos, por ejemplo, cuando yo índice enfermería quería una cosa, cuando iba en la mitad mis sueños eran otros, cuando ya iba a terminar eran otros, un año después de terminar eran otros y bien, de pronto bajo una línea y van cambiando en ciertas cositas, pero cuando entré a la universidad cuando inicié y cuando salí no fue el mismo, digamos no fue bajo el mismo rumbo, tal vez sí, estudiar, trabajar, seguir trabajando, formar una familia, el tema pues de seguir estudiando también pero no bajo el mismo paradigma ni la misma perspectiva, pues porque uno va leyendo, va encontrándose con gente y esa perspectiva le va cambiando y se va dando cuenta que lo que ayer pensaba que estaba bien, hoy cómo que uno lo ve y dice ush no eso no era lo que yo, lo que yo pensaba y eso no está correcto porque también se va encontraron con cosas. Yo creo que sería interesante más bien ese tema de la formación integral empezarlo a manejar sobre el tema de lo que es cada persona o sea reforzar más sobre la autoestima que es muy importante, consideró que el autoestima es muy importante en enfermería para formar carácter, criterio y autonomía. Y es algo que muchas veces nos están tratando de, nos están tratando de someter, entonces si sería más interesante el tema de cómo ofrecer herramientas para (.) fortalecer la autoestima y herramientas para (2.0) que promuevan el empoderamiento de cada persona como tal y el empoderamiento también inclusive como profesionales. Que yo como profesional tenga unas herramientas y diga tengo criterio esta es mi identidad, esto es lo que yo sé, voy a actuar de tal forma ¿sí? y qué si estoy bajo unas condiciones, pero que mi autonomía, mi criterio, mi postura frente al mundo pues no, nunca vaya digamos, nunca la vayan a pisotear, por decirlo así.

**LM:** O sea que tú piensas, en ese sentido ¿tú piensas que la universidad cumple o no cumple con esta formación integral? o ¿que estaría haciendo la universidad?

**LHoo1:** Pues la universidad lo que esta es formando sujetos para el sistema, para un sistema capitalista que necesita producir, eso es lo que busca sobre todo personas que sepan hacer procedimientos, personas que sepan el tema de la leyes, que cumpla, inclusive se buscan que es lo que busca el mercado de los profesionales de la salud o de enfermería y con eso también se fijan nuevas metas en los currículos. Entonces, ah lo que están necesitando ahora es más enfermeros en el tema en atención primaria en salud, entonces tengo fortalecer las competencias de esas asignaturas o en estos aspectos, ah no, necesitamos más clínicos, no la población está envejeciendo necesitamos más personas que empiecen a capacitarse en el tema de geriatría ¿sí? Entonces lo que busca la universidad pues es personas, sujetos que puedan cumplir con esas expectativas del mercado. Eso es lo que yo pienso y con el tema la formación integral eso es lo que hace y que también se ajusten a las normas, pues que ellos necesitan para todos los temas de acreditación y demás, entonces que la gente esté muy consciente de la misión como que tú dices, de la visión, de los programas, de los valores institucionales, como de formar más una identidad institucional que una identidad como persona y como profesional o de buscar criterio.

**LM:** Entonces ¿cómo sería una educación de calidad en enfermería?

**LHoo1:** Una educación de calidad en enfermería sería la que se pregunte por los otros y las otras iniciando por preguntarse por uno mismo, o sea que, yo de verdad pueda cuidar a ese otro, porque yo siento que lo que nosotros estamos haciendo es muchas veces formar gente para hacer procedimientos, para gestionar, para cuidar instituciones no, para gestionar y administrar instituciones, para presentar indicadores positivos a las instituciones. Pero no para cuidar, porque el tema de cuidar está ligado con ser consciente de que el otro existe y de que ese otro es igual que yo↑ pero diferente. De que tiene, de que hay una diversidad en esa otra persona que está enfrente de mí a la que yo le estoy haciendo un procedimiento, pero cómo le estoy haciendo ese procedimiento, más que pensar en lo que digo, la bandeja con... y el protocolo; es pensar en las necesidades, en los sentires de esas personas. Entonces esa educación debería estar muy ligada con lo humano sí y con lo que significa de verdad cuidar de otra persona.

**LM:** Ya para terminar ¿cómo crees que los enfermeros y las enfermeras aportamos a una educación de calidad?

**LHoo1:** Yo creo que los enfermeros y las enfermeras aportamos a una educación de calidad cuando rompemos con el sistema, con pequeñas cosas, ((no quiero decir)) que formamos una revolución o algo así pero si son cosas muy pequeñitas y es cuando de verdad hacemos lo que nos corresponde, qué es cuidar a la otra persona, que es mirar a esa otra persona, escuchar a la otra persona, y demostrarle al sistema que si nos da veinte minutos, quince minutos de consulta, pero yo puedo hacer una consulta de verdad pero también puedo conversar con esa otra persona y cuidarla y cuando esa persona se da cuenta que yo lo estoy cuidando, también hace algo y ahí se va rompiendo de a poquito o cuando yo estoy en clínica y estoy y tengo treinta pacientes y tengo que darles medicamentos a todos y me tomo un momento mientras estoy administrándolos para preguntar, para explicarle, para preguntar cómo esta o para mirarlo si no puede hablar, para tocar a esa persona, para mientras estoy haciendo un procedimiento pregúntale cómo se siente para mostrarle confianza, para mostrarle que yo también soy un ser humano que siente sí, ¡eso! cuando yo estoy ahí para las personas es cuando vamos rompiendo

y desde otros escenarios y desde la investigación también, cuando formulo (3.5) estos trabajos de investigación que le permiten a esa otra persona reflexionar pero que también en un momento me atraviesan, me cuestionan, me hacen reflexionar, me hacen hacer una crítica y me hacen cambiar en mi pensamiento, cuando estoy en clase también y me pregunto por el estudiante sobre sus situaciones particulares sobre ¿por qué tiene esta actitud sí?, ¿porque tiene una actitud displicente? O ¿por qué escribió esto? o ¿por qué no le agrada esto? o si tienen miedo sí. Cuando estoy ahí me pregunto más y me doy el tiempo para sentir. Creo que uno va rompiendo con esas cosas del sistema y eso permite y cuando las va visibilizando y va ayudándole a otros también a que vaya reflexionando sobre esos momentos cotidianos, que a veces parece que no, y en los que se va rompiendo algo, creo que es cuando cuidamos y empezamos a cambiar el tema. La educación en enfermería y el cuidado en enfermería.

**LM:** Hay algo que quisieras comentar o añadir.

**LH001:** Mmm (4.0) sí, yo creo que hay algo que es importante es que en los planes estudio debe ser ¿horizontal, sí? debe estar atravesado en todas las asignaturas y es el tema del trabajo de género, y el tema de trabajo género, porque si he visto que hay muchas personas que no están sensibilizadas frente a eso, y a veces en unos espacios de formación, en unos espacios de clase, algunos profesores se toman la tarea de demostrarle, por lo menos poner a cuestionarse a los chicos y las chicas sobre el tema de género y por qué está ligado a enfermería y por qué es importante para enfermería, pero luego hay otros que no están sensibilizados frente al tema y es como que le restan importancia, y pues (3.0) que yo ignore un tema no me parece como justo, porque borra todo lo que vamos a hacer. El tema del género es muy importante que nos habla de cómo se construye socialmente, culturalmente políticamente las personas. Y a veces con las acciones que tenemos como un baño en cama, con un discurso, como me dirijo a las personas, yo las hago sentir muy mal ¿sí? o refuerzo estereotipos o normalizó la violencia o normalizo conductas que crean inequidades. Entonces si siento que es un tema que debe estar, que debe ser transversal en todas las asignaturas.

Y el otro aspecto que me parece importante es sobre que muchas veces hablamos de diálogo de saberes, pero en realidad también debería ser algo que se trabaje un poco más y sobre todo en estas asignaturas que tienen práctica que tienen algún tipo de práctica porque confundimos el tema de diálogo de saberes y se convierte como en la negociación de saberes y termina siendo la imposición del saber biomédico. Entonces sí es como (.), no creo que se puedan cambiar las mentalidades, bueno no lo sé, a veces no de todas las personas, sí hay algunas cosas que se pueden transformar pero si es importante empezar a generar una sensibilización frente a esos dos temas; por lo menos en que los profes y las profesoras se empiecen a cuestionar sobre el tema género y sobre el tema de los saberes, del dialogo de saberes y del poder, también eso es importante que ejercemos nosotros como profesionales de enfermería en los ámbitos hospitalarios y los ámbitos y en el ámbito académico, porque si veo que hay mucha situación con el tema de la lucha del poder saber del que habla Foucault en el tema entre docentes-docentes y estudiantes y docentes y estudiantes y eso también pues ayudaría como a establecer unas relaciones más (3.0) horizontales, más equitativas a generar más el dialogo, a establecer otro tipo de relación entre personas.

**LM:** Vale muchas gracias, LH.

**LH001:** Con gusto

**LM:** ¿Si tuvieras que hablar del cuerpo que es lo primero que dirás?

**MGo01:** ¿De mi cuerpo? o del cuerpo en general o el cuerpo referido, por ejemplo, a con mis estudiantes.

**LM:** ¿Cómo tu entiendes el cuerpo? Puedes hablar en general

**MGo01:** Ah okey, pues yo pienso que lo primero es resaltar digamos el poder del cuerpo pero mi poder, no el poder de los demás sobre el mío, si es como, yo pienso que lo más importante sobre todo en ciencias de la salud es que nosotros no nos apropiemos de la corporalidades de otros en termino de nuestro cuidado, ¿sí? muchas veces pasa, nosotros como que instrumentalizamos mucho a la persona con la que nosotros estamos en el contacto, en los términos de lo que yo soy la que hago sobre, por ejemplo voy a canalizarlo, que voy a hacer una venopunción, un procedimiento y despersonalizo y le quito su su su (.) apropiación si como que le quito el arraigo que tiene sobre su cuerpo, entonces yo pienso que lo primero es que entendamos que el cuerpo es solamente mío, me refiero que cada uno de nosotros ies mi cuerpo! Que en determinadas situaciones yo tengo que exponerlo ante otros, que en otras determinadas situaciones siento el poder de otro sobre mi cuerpo, pero que ojalá en enfermería pudiéramos o pudiésemos dar cuidado sin hacer la apropiación de otros cuerpos, qué es lo que muchas veces nos pasa. Ese poder que a veces nos da el conocimiento hace que nosotros hagamos apropiación de una corporalidad que no nos pertenece, que desdibujemos a ese otro cuerpo de esa otra persona, cuerpo referido a un ser femenino o un ser masculino pero que lo desarraigamos al concentrarnos en esa partecita que vamos a manipular, si yo voy a pasar una sonda vesical, ya no es corporalidad si es esta parte lo que yo tengo que hacer es instrumentalizar. Entonces yo pienso, yo les hablaría desde la propiedad de cada uno de su cuerpo.

**LM:** Listo, en ese sentido, para ti ¿qué es el cuerpo?

**MGo01:** Para mí el cuerpo es como esa casa en donde esta lo que yo soy como ser, si, digamos que es un espacio físico (.) al que a veces no cuido, al que a veces yo misma (2.0) no hago respetar de los demás, es cómo esa parte física que alberga lo que yo soy como ser humano, como persona.

**LM:** ¿Porque crees que es importante hablar del cuerpo en enfermería?

**MGo01:** Uy es super importante y nunca lo hacemos es por lo que te decía antes, nosotros instrumentalizamos, instrumentalizamos en qué sentido, en que yo uso, uso la corporalidad del otro ¿para qué? Primero para estudiarlo, porque yo necesito aprender, yo necesito también enseñar, entonces muchas veces desdibujó al ser humano y le muestro solamente su corporalidad, entonces es un sujeto fisiológico, un sujeto anatómico, con unas funciones determinadas pero sin mostrarle a mis estudiantes o muchas veces el mismo estudiante no le interesa ver ese ser humano, sino simplemente ver esa parte, esa corporalidad eso que le va a funcionar a él en términos de lograr su objetivo o una actividad o una competencia ¿sí? Entonces no hablamos de cuerpo sino hablamos de partes si cuando nosotros hablamos de cuidado holístico, entonces eso no es coherente. Muchas veces enseñamos sin coherencia porque muchas veces también hemos sido educados bajo un paradigma muy biomédico, muy patologicista, en donde todo lo tengo que arraigar a lo fisiológico ¿sí? entonces todo lo tengo que dar la explicación fisiológica, y eso es válido porque nosotros necesitamos una base científica del conocimiento, pero ¿es que el ser humano? tiene que ser visto como un ser humano ¿sí? que es

lo que nosotros muchas veces no hacemos. Entonces si yo estoy dictando por ejemplo semiología entonces yo tengo que ver a este ser humano como unos síntomas y unos signos y le enseño eso a mis estudiantes. Mírele el signo, mírele el síntoma, bueno y si usted palpa aquí ¿qué siente?, Si usted hace esto ¿qué hace? Más allá mire es que usted es un ser humano que está demostrando que su cuerpo, que su corporalidad, le está avisando que está enfermo ¿sí? ¿a través de qué? pues de un signo, un síntoma, pero es que este ser humano no es ese signo ni ese síntoma, ni es esa enfermedad. Se pierde que esos son manifestaciones de la enfermedad ¿Por qué? porque miramos la enfermedad y no a la persona, cuando nosotros en enfermería hablamos de cuidado no tenemos por qué mirar la enfermedad en estos términos, más allá de reconocerla como una manifestación de un ser integral si, que enferma pero que hace parte de un contexto, que hace parte de un mundo grande que nosotros nunca llegaremos a conocer.

**LM:** ¿Qué es hoy en día el cuerpo en enfermería?

**MGo01:** hoy en día el cuerpo en enfermería sigue siendo un instrumento, si tú lo analizas desde, tú que fuiste estudiante también ¿cierto? Nosotros no tenemos esa capacidad de darle la connotación al cuerpo de integralidad si, nosotros desgraciadamente tenemos un discurso holístico que no es verdad, no es verdad en términos que, cuando yo enseño ni siquiera veo la integralidad de mi estudiante sí, porque es que a mí me interesa que me devuelva lo que yo le doy, ¿en qué términos?, en que si yo le enseñe esto él lo repite y lo repite como yo lo hice y si él no lo hace como yo lo hice, entonces ya digo que no está bien si, que significa que si yo pienso que el cuerpo es el instrumento para enseñarle a mi estudiante, pues el estudiante va a entender que está trabajando con un instrumento más, que es una herramienta más, que ese otro ser humano pasa a ser más que un tablero, más que un videobeam, más que otra cosa, otra forma a través de la cual yo le enseño. Y esto se repite, se repite porque cuando mm yo no he dictado en ninguna enfermería si, pero si uno ve a los estudiantes en la forma cuando por ejemplo llegan a interactuar cuando yo estoy con ellos por ejemplo en un seminario de investigación cualitativo, les veo esa marcada instrumentalización de todo, de solamente quedarse en la causa – efecto, causa- efecto, entonces tú los llevas a pensar más allá de esa causa- efecto a otra mirada y ellos ya han perdido la capacidad , porque te digo que ya han perdido la capacidad, porque yo los tengo también a veces en historia cuando llegan a primer semestre y ellos tienen una concepción muy diferente del ser, si de ese ser humano de ese ser persona y vienen con y vienen con unas, que aquí muchas veces dicen que los aterrizan, pero ellos vienen con mucho amor en términos de ser enfermeros o enfermeras, los que realmente entran siendo enfermeros o enfermeras si, y eso lo manifiestan en como representan ellos la enfermería si, nosotros hacemos un ejercicio en que ellos dibujen ¿qué es para ellos enfermería? sí, y casi nunca para ellos la enfermería es lo que es después que los relacionan con la jeringa, lo relacionan con los aparatos de UCI para ellos es más dibujar manos, manos tocándose, dibujan he siluetas de seres humanos encontrándose entonces uno dice aquí ellos tienen una idea y llegan allá completamente instrumentalizados vuelvo a la palabra.

**LM:** ¿dónde crees que hay como ese giro o esa brecha que se piensa a romper?, ¿cuál sería la causa?

**MGo01:** En Tercero

**LM:** ¿Cuál sería la causa?

**MGo01:** Tercero yo siempre he dicho que es la causa de todos los males de este currículo que tenemos ahorita, empezando porque es altamente demandante para el estudiante, segundo

porque muchas veces dar una materia como semiología en la que yo he estado muchas veces el estudiante casi que tiene que empezar a ser integral en términos de integrar también que vio en anatomía, que vio en fisiología, que está viendo en fundamentos, que está viendo en semiología, pero él en ese momento no logra hacer esa integración sí, entonces a él ¿qué le toca hacer en términos de responder ante tanta carga? pues memorizar, volverse memorístico, ir a lo fisiológico para tratar de dar una explicación a lo que no logra integrar, para poder sacar el semestre, que en últimas es lo que muchas veces los estudiantes hacen. Entonces dicen ya sé que es semiología, me tengo que aprender esto, voy me lo aprendo lo repito y salgo listo. Fundamentos, yo sé que en fundamentos me tengo, pero no alcanzan a decir no, espere, es que lo que yo vi allá me está sirviendo aquí y esto que vi allá, me está sirviendo acá y esto lo voy a utilizar para, sí, entonces como ellos no, no sé en qué momento nosotros como docentes hemos fallado en que él logre esa integración, tal vez por lo que yo misma te digo de pronto es mucha carga, mucho conocimiento que tienen que aprender en un solo semestre sí, porque ese semestre es muy pesado, entonces si viera semiología primero y después fundamentos, bueno digamos que eso ya entraría a hacer más de reformas no. Yo pienso que el estudiante llegaría a ser una mejor integración, pero cuando tu no integras, cuando tu no comprendes para que aprendes lo que estas aprendiendo y como lo vas a usar, tu llegas a tener simplemente una capacidad de memoria determinada sí, si a ti te piden ven y contésteme este parcial tú te preparas para este parcial, pero no te preparas para dar cuidado, y después pasan a una enfermería y pasan a una enfermería que es materno en donde el contenido teórico, fisiológico, patológico es altísimo, entonces tú te empiezas a quedar en esa línea sí, en lugar de ir llevándolas a que confluyan se quedan en dos líneas, ellos creen que hay dos líneas; que es la línea de lo que les toca aprenderse de lo fisiológico y que la otra línea es enfermería sí, entonces, hagan plan de atención de enfermería, ¡Ah sí cierto, que eso también toca hacerlo! Pero no, es que todos los días lo estoy haciendo y yo todos los días estoy haciendo semiología, así yo no esté diciendo hay mire no, es que si yo valoro una persona cuando la saludo buenos días por las mañanas cuando llego a recibir mi turno sí, yo a ella la valoro, hago inspección, claro porque mira ¿Dónde está?, ¿Cómo está?, ¿Dónde se acomodó?, si ¿Cómo está su facie?, está feliz, esta triste, esta de mal genio, como está ubicado, esta de cubito obligado porque tiene un dolor, ¿Cómo está? ahí tú ya estás haciendo todo el proceso de valoración y no es aparte de tu cuidado, pero entonces ellos empiezan a armar dos líneas y esas líneas se perpetúan y gana una y tú sabes cual gana, si la fisiológica sí, porque entonces tu además vas a un hospital en donde hay unas jerarquías marcadas en términos de conocimiento y de poder sí, y llegas como estudiante y te enfrentas a esas jerarquías sí, ¿cómo te puedes mostrar? A través de conocimiento sí, y eso es obviamente totalmente valido porque el conocimiento es el que me ayuda a tomar decisiones, pero si yo solamente me quedo el conocimiento al que yo creo que me da poder, pero poder sobre mi paciente, sobre la persona que cuido porque yo tomo las decisiones por él pues entonces no hago un cuidado integral sí, vuelvo y quedo en satisfacer una necesidad fisiológica. Que en últimas es lo que resultamos haciendo cuando vamos a hacer el cuidado.

**LM:** con todo lo que me acabas de decir, ¿para ti entonces que se debería enseñar sobre el cuerpo en enfermería, como sería para ti, de pronto para mirar ese cuidado integral y que realmente se logre ese cuidado holístico y que no se fragmente en el camino a través del discurso solamente y no se ponga, digamos en práctica?

**MGo01:** Bueno, yo creo que ahí es muy complicado porque hay varias vías. La primera vía que pienso que es super urgente es los docentes sí, nosotros ¿que entendemos por cuerpo, por corporalidad? porque yo, digamos tu puedes plantearte así un plan curricular en donde todo el concepto de cuerpo sea una concepción de integralidad y no sé qué, y si se cuánto, pero si tu como docente no lo entiendes desde esa forma, no te va a servir de nada sí, entonces la

apropiación, la primera apropiación la debe hacer cada uno, bueno y yo como estoy mostrando que es cuerpo, porque tú sabes que las visiones de enfermería hay una que es totalmente reduccionistas y dice no pues aquí está esta persona, paciente cierto, usted es la enfermera o enfermero, que necesidad tiene este paciente, que actividad va hacer usted, cumplió la actividad ¿sí? listo, y eso también es enfermería. Y si yo soy un docente que pienso que esa es mi labor, que espero de una corporalidad de otro ser humano más allá de que sea mi instrumento. No más en el ejercicio de la docencia tú tienes treinta chicos en un salón si, tú sabes si desayunaron si les duele algo, si están con sueño, si no durmieron, hasta uno mismo a veces tienes clase a las siete, que hiciste antes de llegar aquí, porque uno también tiene todo una carga no, que a veces aquí ni los estudiantes se dan cuenta de que mi profe también es otra persona si, sino la profesora o el profesor y mi estudiante también es otra persona, ahí es mi primer ejercicio de cuidado, no yo lo veo y le empaco todo este conocimiento allá, le abro la cabeza y se lo echo y sale ya , pero no ves que ahí empiezan las corporalidades. Muchas veces ni nosotros mismos hacemos conciencia de nuestro cuerpo en términos de que nos desgastamos, no dormimos, no comemos, nos estresamos, nos generamos malos ambientes todo eso nos está afectando nuestra corporalidad y tu llegas a un salón y lo manifiestas en la forma en que te mueves, en la forma en que te dispones frente a los estudiantes, hasta en tus posturas rígidas de pensamiento si, todo eso lo estas manifestando en la corporalidad, pero entonces son corporalidades que nacen de las vivencia de uno de cada día, entonces es muy complejo, es muy difícil porque primero tendría que poner de acuerdo a todo un conglomerado de docentes a que piensen o al menos se reflexione sobre eso sí, porque muchas veces uno tiene corporalidades que no las asume si, en términos de que yo puedo tener posturas en contra de los estudiantes en lo no verbal si, entonces el estudiante de una vez ya tiene un rechazo y eso pasa en las segundas asignaturas, es que me hablan duro, es que me regañan, es que me gritan y eso tú también lo estas asumiendo como corporalidad si, esta postura que a ti (3.0) te detiene y que hace que el aprendizaje no sea, como que emerja, que sea dinámico, que sea amable, que sea en términos de venga los dos aprendemos porque tú que haces como docente cada semestre, vuelves y aprendes, reaprendes, construyes, dices esto no me sirve como lo estoy haciendo así, que hacemos, cada grupo es un mundo diferente, nunca puedes usar las mismas cosas que usaste con un estudiante con otro, son mundos diferentes, llegan personas de otra ciudades, llegan de diferentes edades si, y eso también hay manifestación de corporalidad ahí, ¿cómo están mis estudiantes en su corporalidad, como llegan y se sientan en el salón? si, tu entras a un salón y hay unos que están así (imita la forma de sentarse), otros están así cierto y ya esas demostraciones de corporalidad entonces me afectan la mía, por favor siéntense , organícense y ya mi corporalidad me cambia, entonces mira que ese concepto de corporalidad es muy complicado, primero reflexionándonoslo, ese sería el primer paso al menos. ¿Cómo estamos hablando acá de cuerpo en la escuela de enfermería?, ¿el cuerpo de quién? ¿mi cuerpo? si, para que yo pueda hablar de cuerpo del estudiante, para que el estudiante pueda ir a una práctica en otros términos de reconocer al otro como un cuerpo o no como un instrumento, o no como una enfermedad o no como una patología. Entonces yo pienso esa es la parte más difícil, poder llegar al menos no ni siquiera un consenso porque no creo que vaya a pasar, pero si al menos a que cada docente pueda reconocer cuál es su corporalidad.

**LM:** ya un poco entrando como en temas de enfermería ¿tu cómo crees que se relaciona el cuerpo con el cuidado y la salud?

**MGo01:** cuando yo no reconozco mi corporalidad, yo aprendo a reconocer los cuidados en salud sí, eso sí es, porque si tu digamos, has hecho una apropiación de tu corporalidad en términos de que también es lo físico, que también tienes que alimentarte, que cuidarte, hacer ejercicio bueno muchas cosas que uno no hace, es diferente tu salud, pero tu aprendes ¿por qué? Porque tú también entiendes que el cuerpo hay que alimentarlo si, pero tu cuerpo también

alberga tu ser y ese ser también hay que alimentarlo y todo es como un círculo no, entonces yo me nutro pero también me tengo que nutrir lo que yo soy como ser humano y mira que esa parte casi nunca la vemos, entonces que si estoy muy pesada pues entonces hago ejercicio a ver si bajo o hago dieta o bueno muchas de las cosas o voy al menos a un control de medico a ver qué me dice como estoy, unos exámenes. Pero muchas veces lo dejamos pasar hasta que ya hay algo que nos incapacita, cuando ya hay algo que nos incapacita, ósea cuando mi cuerpo ya no puede hacer algo que hace siempre, entonces ahí yo si me detengo y pienso: Ah no, es algo que está fallando en mi cuerpo, pero ¿Por qué? porque no pude hacer algo que hago todos los días, si tú puedes hacer todos los días lo mismo que haces todo el tiempo, pues es tu rutina y no piensas en tu cuerpo, piensas en el hacer si, en mi rutina hago esto, hago esto, cuando hay algo que falla y se detiene, tú también te detienes y ahí si te acuerdas que hay un cuerpo, sino se te olvida el cuerpo, más allá de que bueno voy a tratar de comer algo que no me haga daño sí, voy a ser saludable, voy a alimentar mi bien o voy tener horarios de alimentación.

**LM:** ¿Qué sentido tiene para ti el cuidado?

**MGo01:** bueno, empezando que el cuidado ni siquiera es un concepto es una categoría tan grande que nosotros como enfermeros la trabajamos sí, porque tú sabes que mucha gente ahora habla del cuidado, mucho, muchas personas, digamos que para nosotros es nuestra razón de ser, razón de ser en términos de que sea nuestro ejercicio, si yo soy enfermera pues doy cuidado, si soy enfermero doy cuidado. Pero el problema es que, no hay problema digamos que, lo específico, las especificidades de cada ser humano interpretan el cuidado. Entonces vuelvo a lo que yo te digo, yo puedo ser una enfermera o un enfermero que creo que mi cuidado es hacer un procedimiento y hacerlo bien y hacerlo con una buena técnica y ya, ese es mi cuidado, yo puedo hacer otro tipo de enfermera o enfermero sí que apropiado ese cuidado, de decir el otro es un ser humano y que necesita más que yo lo que le hago el procedimiento. Entonces, yo hago un procedimiento y lo hago bien pero adicionalmente le indagó ¿quién lo acompaña?, ¿quién esta con usted hoy?, ¿quién lo vino a visitar?, ¿tiene hijos, tiene esposo?, ¿quién es este ser humano? Más allá de, bueno sí hice mi procedimiento y lo hice bien. Entonces yo pienso que la interpretación que cada persona le hace al cuidado depende de sus propias concepciones de vida sí. Si hablamos de cuidado en enfermería como nuestro trabajo, pues yo tuve una formación y cuando yo me formé primaba más, más aún de lo que prima ahorita, todo el componente biomédico y patologicista. Entonces mi formación si fue meramente fisiológica, el cuidado era inexistente más allá de los procedimientos y de la técnica. Si tú eras buen estudiante y cuándo hacías tu lista de chequeo y armabas la bandeja con todo estaba, tu ibas a canaliza y canalizaba ya bien, eso era ser enfermero o enfermera, muy técnico ¿no? y entonces yo decía bueno entonces el auxiliar ¿Cuáles la diferencia? y así me forme y eso era, entonces era, hace o no hace (2.0) y esa formación es la que me va a decir a mi o después yo voy a mostrar como como en el ejercicio profesional. Pero si hablamos de cuidado en general, todos los días damos cuidado, todos los días. Y desde que yo me levanto y si tengo una mascota en mi casa, yo la cuido. Siempre el cuidado es buscar el bienestar de alguien, de un ser humano, un ser vivo sí, una planta, a esa planta yo la estoy cuidando. Entonces mira este concepto tan amplio que es hablar de cuidado. Cuando el cuidado como ejercicio profesional es nuestro, es de enfermería, pero si yo hablo de cuidado todos cuidamos, todos, la mamá cuida a su hijo si, un ser cuida a su pareja, un esposo a su esposa si, un papa a su hijo o los hijos después a sus papás ¿ves? entonces mira tan grande que es hablar de cuidado.

**LM:** hablabas un poco sobre la formación ¿tu como entiendes la formación integral de los estudiantes de enfermería? porque es algo que está muy presente por ejemplo en los discursos y

también están, por ejemplo, en documentos como la misión la visión y muchos documentos que encuentra acá propios de la escuela de enfermería.

**MG001:** Mira, la formación integral es que el estudiante en su día a día no solamente está dedicado al aprendizaje en términos de esto (coge y señala un libro) lo teórico, por qué hoy en día lo teórico tú lo encuentras fácil, tu entras a internet y te bajas toda la fisiopatología de una enfermedad, pero yo pienso que la formación integral es ¿Cómo uso yo el conocimiento? Y como me formó para ser mejor persona. Desgraciadamente ese como me forma para ser mejor persona se asocia mucho a la crianza, en términos que ya no se asumen responsabilidades que nosotros como docentes no tenemos si, ¿a qué me refiero?, el estudiante se forma en su casa, ¿a qué me refiero se forma en su casa? en valores, en principios, mira a un estudiante que no le enseñaron a saludar nunca saluda y tú le puedes decir “ buenos días”, Ah buenas, ya. Pero no asume que le están diciendo salude, eso es casa, mira y ahí si lo siento mucho, pero aquí llegan muchos estudiantes llegan y no tiene formación de casa y yo como docente no tengo esa esa función, yo crio a mis hijos pero yo acá no vengo a hacer papel en términos de eso, yo lo puedo formar como una mejor persona en términos de que, de cómo va a ejercer su rol, pero acá las personitas que nos llegan, ya vienen con sus principios con sus valores con su ética que yo ojalá pueda potenciar, ¿cómo pienso que se puede potenciar? Es decir, si yo hablo de esos componentes que yo te enumere estoy hablando de integralidad sí, pero yo no puedo enseñar aquí aún ser a ser persona porque ya viene formado su casa, mira nos han llegado aquí a un ser a los diecisiete, dieciocho años en ese momento tus valores ya están, tu ser moral también ya está, hace cuando se formó aquí lo demuestras con tus acciones. ¿cómo? Cómo convives con sus compañeros, ¿cómo vas a ejercer después del rol profesional? Y realmente a esas alturas ya más allá de lo que nosotros podamos hacer en términos de principios, valores, ética y moral, es difícil, pero tenemos que tenerlo en cuenta, tampoco le puedo decir no importa con tal de que aprenda, porque el problema es que también la responsabilidad, si este ser humano, esta persona que no tiene valores, que no tienen ética, que no tiene principios, pero sabe, se va, se gradúa y ¿qué hace?, qué clase de ser profesional tiene. Ves, esa integralidad se basa en que podamos potenciar algo de este ser humano que nos llega acá, pero no en los términos paternalistas que a veces se asocia, entonces que yo ivenga, venga mijito, siéntese, tiene problemas? ¿qué problemas tiene? cuénteme, hábleme, dígame, más allá de eso no, porque yo soy su docente. Entonces aparece en otro espacio donde no tengo por qué estar que a veces se confunde, ¿ves? Sí, yo soy un docente integral porque yo vengo y escucho a mis estudiantes, claro que hay que escucharlos, pero en términos de lo que yo pueda solucionar, tú sabes que los estudiantes pueden llegar con miles de conflictos, de su hogar, de su vida, de su pareja, emocional y lo tengo que valora en términos ¿de qué? de que tengo que saber que esta personita que entra a este salón, así como yo tiene un montón de cosas en su cabeza, y que eso le afecta su aprendizaje pero que yo no se lo puedo solucionar, pero si le puedo ayudar a que alguien más pueda solucionar, entonces si yo veo a un chico que tiene algún inconveniente, si más allá de sentarme y ser su paño de lágrimas, yo puedo decirle bueno, si tú tienes un problema que está afectando tu desarrollo, tu aprendizaje, tienes que buscar una solución, la universidad da muchas opciones cual te serviría.

**LM:** cuándo tu habla s de la universidad, ¿tú crees que la universidad cumple con esa función de formación integral o le apunta a eso?

**MG001:** yo pienso que sí le está apuntando más, en términos de que hay propuestas para que los estudiantes participen en otras cosas sí. Cuando yo por ejemplo tengo opción de estar en música, estar en cosas que alimenten mi otro ser espiritual, mi ser social que hasta beneficien mi parte ética y moral, que yo me entre a un grupo de danzas, de teatro, bueno eso yo pienso que si

va a ayudar. ¿Cuál es el inconveniente en enfermería? que los chicos no tienen tiempo, la intensidad horaria que manejamos acá es muy fuerte, entonces dime a qué horas por ejemplo, volvemos al tercero, un estudiante que de lunes a viernes tiene clase, si no está viendo fármaco, fármaco 1 o fármaco 2 digamos los que van en línea está viendo fármaco dos, está viendo semiología, está viendo fundamentos, está viendo inglés y está viendo la morfo 2, qué significa que si tiene semiología por la mañana va a tener fundamentos por la tarde, que si no tiene semiología, ósea van a estar cruzados los dos horarios. Los únicos tiempos que tengan libres van a hacer para preparar la asignatura que están y ¿cuándo entren a prácticas? ves, ahí hay oferta yo sé que sí, pero también que están abajo. Y entonces el estudiante dice a qué hora voy abajo o van y no les coinciden los horarios y no nos digamos mentiras si yo sé que mi estudiante está faltando a clase por irse a danzas ¿yo que hago?, ves entonces, que sacamos, sí, se está ofreciendo, sí se está mejorando, si yo sé que sí, tampoco no tenemos que ser tan duros en términos de que no, porque si los hay, pero que tanta oportunidad tiene estudiante de ingresar a eso. De que no solamente en su cabeza todo el tiempo está pensando en el contenido teórico que nosotros le damos. Pues es muy complejo se ha avanzado, aquí por ejemplo que qué hagan lo de Tymanzo, que hagan lo de la tertulia y hay cositas que mejoran y que hacen que el ambiente de pronto para el estudiante no sea tan denso en términos de solamente hablar de lo teórico de enfermería y en los grupos de investigación está tratando de manejar con club de lectura, cositas que lo alejen un poquito de este mundo muy teórico que ve, pero es complejo, es difícil que ellos tienen mucha carga y mucha intensidad horaria presencial de estar sentado seis horas, a la semana dieciocho, dieciocho horas sentados en clase. Yo no tendría ganas de salir a hacer nada, y si adicionalmente puede ser la probabilidad no lo sé son seis horas de videobeam, pues entonces ahí ya perdemos todo lo poquito que sé que quiere avanzar en integralidad, porque volvemos al estudiante que simplemente es como un cubo vacío al que yo le tengo que echar conocimiento tututututú sí, ¡qué en momento terminado el me lo tiene que devolver y ya! con eso satisfecho aprendió.

**LM:** ¿tú cómo crees que sería una educación de calidad de acuerdo a todas las cosas que tú me dices que llamas sería potencializar como sería una educación digamos de calidad en enfermería?

**MGo01:** Pues en enfermería yo creo que hay que me primero cómo deshacernos de esa cuadrícula por ejemplo los turnos, para cambiar la intensidad horaria. Mira que yo ahorita que he estado en la parte de coordinación de prácticas, yo digo bueno si es importante que el estudiante por ejemplo fundamentos llegue antes de las siete y vaya hasta la una en términos de que vea todo el proceso que se hace en un hospital, ¿por qué? pues porque ve un ingreso, un egreso, ve cómo arreglar una unidad, como hacerle aseo desinfección bueno todas esas cosas que se ven, listo eso es válido bueno, pero de todos los semestres llegando desde las siete hasta la una, estando por ejemplo ya en otra enfermería en adulto 1, vale la pena que el estudiante este todo ese tiempo en el hospital, esa en mi apreciación ¿no? muy desde por fuera, pero yo pienso que si se manejaran horarios en donde yo pueda ir digamos vengan tres horas acá, hacemos estudio de casos, hacemos revisión, listo, ahora sí, dinamizar esos horarios y esas actividades del estudiante estaría en una mejor posición para estar más integral, también por qué entonces empezaremos a dejar de ver cómo una cuadrícula al ser humano, entonces hoy vamos simplemente a hacer entrevista, vamos a entrevistar sí, vamos a ver cómo están haciendo esa anamnesis, esas entrevista a quien, miren allá en el hospital busquen a una persona y véanlo desde su ser humano, a ver que nos dicen que nos cuentan, listo vengan para acá, ¿a quién conocieron?, ¿quién era esa persona? veámoslos desde otro punto de vista más allá de que es hipertenso, esta insuficiencia cardiaca, este diabético. Pero mira que la integralidad nace desde la propia asignatura, desde cada uno de los planes curriculares de cada asignatura, ¿cuál es el

componente de integralidad? cuando la lista que yo veo es fisiopatología de una patología de diabetes, fisiopatología de la insuficiencia cardiaca, fisiopatología de yo no sé qué, fisiopatología de y eso es importante, pero no puede ser la columna y vuelvo y te digo eso yo puedo ir y lo consulto si, si yo no me acuerdo como era eso de la diabetes, la insulina, la cosa esa, bueno entonces yo voy, busco un libro, entro a internet, busco una buena base de datos donde haya un buen artículo y lo bajo, me lo leo y sé que es diabetes, pero no sé cómo hacer relación con el otro, yo puedo aprenderme una fisiología del uno al diez, pero llego y ni siquiera como hacer empatía con ese otro ser humano, porque mi salud es “buenos días Don Fulanito” yo soy estudiante de la escuela de enfermería hoy voy a acompañarlo durante la mañana, y el señor ya me ha contestado pero como yo estoy es diciendo, cierto que la profesora me dijo que tengo que saludar y presentarme y ya, lista de chequeo primero, ahora segundo ¿Cómo está?, bien y ya, le pregunté cómo esta fui cuidador integral, pero si yo entiendo que eso es cuidado integral, ¿está bien?, sí y el señor por allá con las cortinas cerradas, tapados hasta la cabeza, pero está bien, me contesto que está bien, ¡cumplí! eso es mi cuidado integral, porque a mí me enseñaron que eso era cuidado integral. Pues si no dinamizamos los planes curriculares desde adentro pues no se van a volver integrales nunca, así yo diga y así mi discurso diga es que el cuidado en enfermería debe ser holístico e integral. Así digamos que tenemos un modelo configuracional no sé qué cosa holística de Calisto no sé qué, Homero no sé qué, así lo digamos, lo podemos repetir de voz en cuello y poner un letrero que diga, pero no es verdad, porque tú vas y dices mira aquí esto y esto, lista de chequeo y evalúa un parcial de cien preguntas teóricas y ¿el modelo dirá que así se evalúa? ¿Y ahí le estoy evaluando la integralidad al estudiante en esas cien teóricas? ¡Yo creo que no! ¿Cierto? a pero es que yo digo es que esos parciales de semio nadie los pasa y con eso creo que soy feliz, ¿cómo así si nadie los pasa? es porque yo estoy haciendo mal las cosas, entonces como así ¿es mejor médico al que se le mueren más pacientes o al que menos? , entonces ¿porque es mejor profesora la que más deja? es que a esa no se la queda nadie, es que es mala, bueno pues cada quien tiene su concepción, yo pienso que si yo soy docente yo quiero que mi estudiante pase y si yo hice un parcial y pasó, yo no me pongo a revisar el parcial ¿oiga como así que paso?, venga a ver como sumémosle como así que paso, no creo, no pues si chévere paso si pues algo estaré haciendo bien, ¿cuántos se quedaron? ¡Quince! Ah no es que eso es difícil que pasen, ¿es difícil porque? yo se lo hago difícil o yo se lo hago fácil, eso depende también de mí, ¿qué hago yo? que el chino sufra que salga diciendo ¡Ay Dios mío! esto fue lo peor, para que todos diga ¡uy si tenaz pasar esto! o digo bueno el chico salió diciendo ¡que chévere haber aprendido esto! me va a servir para, y no ¡ay ya pase eso!, con que yo pase eso ya sigo, ya no me detiene nadie más, me graduó, así no hubiera aprendido, pero lo pase.

**LM** ¿finalmente que quisieras comentar o añadir?

**MG001:** pues yo pienso que el ejemplo es la mejor enseñanza, nosotros hablamos de cuidado holístico, cuidado integral, no sé qué, pero cuál es el ejemplo que le damos a los estudiantes en términos de que, de cómo nos relacionamos con los demás, somos ejemplo en términos ¿de qué? tengo relaciones tranquilas con el otro a pesar de que piensa diferente, tengo relaciones tranquilas con mi estudiante a pesar de que yo lo vea que no estudia; pero yo me puedo relacionar en términos de que yo quiero orientarlo para que aprenda. Yo creo que el ejemplo es más que el discurso porque yo puedo, lo que tú dices, yo puedo tener discurso, pero muchas veces son incoherentes con mis acciones. Digo ay no es que el cuidado en enfermería es integral. Bueno, ¿qué paso que usted no llego?, no profe es que tuve un problema, no a mi sus problemas no me interesan, eso déjelos allá, hágame el favor usted tiene cero por no haber venido, y después vuelvo, pero es que el cuidado en enfermería es integral, holístico tenemos que darnos al otro, tenemos que conocer al otro, entonces al estudiante, yo digo que le queda, si el otro es el otro y yo no, y lo mismos nosotros mismos. O sea no chicos, aliméntense bien, si pero uno viene

acá así este enfermo, con los cincuenta mil problemas y uno llega aquí pone buena cara y todo está bien y entonces los estudiantes que dicen bueno el que menos cuento soy yo, entonces yo pienso que el ejemplo más que el discurso, lo que ellos ven en mí accionar es lo que les queda, por eso es que se habla del currículo oculto, que lo que nosotros queremos que no se vea pero que así queramos ocultarlo emerge, entonces emerge esas malas relaciones entre docentes si, emerge ese querer armar esos círculos de poder si, emerge querer demostrar mi poder de conocimiento, emerge, emerge, emerge, y entonces el estudiante dice aquí hay un discurso que no es coherente con el acciona de los docentes, con lo que dicen una cosa pero que sucede otra, entonces ellos ven esas incoherencias y se forman con esas incoherencias sí, no más de un semestre a otro, si tuvieron aquí unos docentes de esta forma y llegaron aquí a tener docentes de otra forma. Porque nosotros tampoco nos hemos puesto de acuerdo aquí, en cosas tan mínimas como ¿Vamos a dar para enfermería? ¿la escuela se va a adherir a estandarizar el cuidado con el NIC, el NOC y el NANDA? estas discusiones nunca se han dado? Entonces si yo creo que esto es lo máximo, yo se lo doy a mi estudiante y señalo al que no lo enseñe, y si yo creo que eso no sirve entonces señalo al que lo enseña y entonces el estudiante ¿qué hace? bueno paso un semestre entonces a este le gusta ¿el PAE o le gusta NANDA? sí y empieza también a hacer como una veleta, entonces si sopla el viento para allá pues se va para allá y si sopla el viento para allá pues me voy para allá y ¿Cuál es la postura de? pues nunca nace porque el pensamiento crítico no se le tiene en cuenta ¿Por qué?, porque yo necesito es que aprenda esto y listo. Que me puede criticar de algo fisiológico, entonces yo no se lo indago con que a mí me responda el parcial ya sale pare de contar entonces ahí yo creo que es de reflexionar mucho, muchísimo y de crear espacios donde se dialogue respecto a..., en diálogos tranquilos de mi postura es esta y pues es mi postura si, desde ahí yo me presento, desde ahí yo me nombro, desde ahí yo me anuncio, pero con posturas claras, no que hoy estoy por aquí pero mañana estoy por allá si según lo que me convenga.

**LM:** vale profe muchas gracias.

**MGo01:** no, a ti por tenerme en cuenta.

### ENTREVISTA MLo01

**LM:** ¿Si tuvieras que hablar del cuerpo que es lo primero que dirías?

**MLo01:** ¿de cuerpo? (3.0) como algo para cuidar ¿sí? Primero pienso que, pues cuerpo es la misma persona independientemente si es niño, adulto, anciano es algo para cuidar sí. En enfermería trabaja o trabajo una de las esencias y es cuidar y el cuerpo es como, es que no quiero decir objeto, pero si es como una de nuestras partes para cuidar y no solo lo físico, sino físico, mental, psicológica, social, o sea para mí el cuerpo no solo el objeto, sino el conjunto de cosas.

**LM:** ¿para ti que es el cuerpo?

**MLo01:** lo que te decía, es como un conjunto de muchas cosas, como la parte física, mental, la parte biológica que es la que generalmente decimos que por salud es la que manejamos, pero realmente yo pienso que es la salud mental, la parte psicológica, la forma como me relaciono o como se relacionan los demás, las edades sí, porque no solo es pensar en hombre o mujer si no pensar en edades en niños, niñas, neonatos, bebés, adultos mayores y adolescentes es como todo un conjunto de cosas, por eso te digo que es un conjunto para mí.

**LM:** ¿en ese sentido porque crees que es importante hablar del cuerpo en enfermería?

**MLOO1:** porque, yo digo que depende, yo digo que si uno no tiene óptica así amplia como yo la tengo, uno sabe que uno apunta a todo y que de una u otra manera pensándolo bien ahorita con la pregunta que tú me haces debería ser como... el punto de partida del cuidado, si uno lo mira así como yo te estoy diciendo porque realmente si uno se enfoca en la mujer materna y solo mira la mujer materna, pero se olvida de su pareja, se olvida de sus sentimientos, sensaciones y pensaría, y uno a veces ese es el problema de los profesionales de salud que nos encasillamos porque “el debería ser o el ideal” y eso les enseñamos lamentablemente a ustedes ¿cierto? cuando ustedes se encuentran en una realidad o mira por lo menos una mujer que está embarazada que no quiere tener ese bebe pero le toca, entonces ya uno entra pero ¿cómo así? pues no es lo normal, entonces hay un problema en la academia que es eso, nosotros siempre nos metemos en el ideal y el debería ser y pienso que si lo miramos como yo te digo de esa manera tan holística que tanto hablamos holístico, cierto si lo miramos más de ese conjunto serian mejor las cosas para poder entender a las personas y hasta para entenderse uno mismo sí, porque eso era lo que hablábamos ayer con una compañera, pero no del cuerpo si no como relaciones sociales, como me comporto frente a mis estudiantes porque generalmente se tiene esa visión del poder si, que ahí yo soy el docente entonces yo no puedo decirle o preguntarle a esa persona que está en una crisis ¿Cómo está?, si porque ya dicen usted que paso a ser mamá y no se trata de eso, se trata de que un ser humano necesita alguien que le pregunte como esta si, entonces por eso te digo que el cuerpo, no quiero nombrarlo como un objeto pero más bien es como un conjunto, un conjunto de muchas cosas.

**LM:** ¿Qué crees que se habla del cuerpo en enfermería, que crees que es el cuerpo en enfermería hoy en día?

**MLOO1:** pues yo creo que es, siempre la visión tradicional lo que pasa es que nosotros a medida que aumentamos el conocimiento en enfermería le hemos como pasado por etapas no, entonces que es el sujeto de cuidado, que es la persona, pero realmente no sabes qué y no quiero que se escuche feo pero es el objeto con el que nosotros trabajamos sí, pero pues obviamente que queremos humanizarlo más y no llamarlo como objeto, pero realmente es con lo que nosotros trabajamos el problema es quedarnos en la parte biológica, que es lo que todo el mundo piensa que es el cuerpo y realmente lo que yo te decía son más cosas .

**LM:** ¿Qué crees que se debería enseñar del cuerpo en enfermería? ¿Qué tu creas que es importante incluir en los currículos o en el plan de estudios?

**MLOO1:** uy yo pienso que nos deberíamos entendernos, o sea que nosotros como profesionales nos reconozcamos como esa persona de cuidar si, y que reconozcamos nuestro cuerpo he, pienso que cuando partimos de ahí incluso la profesión ya podría tener mucha más identidad, porque de por sí que uno cuando empieza a estudiar en la universidad el programa es muy joven cierto y ni siquiera en esos momento uno se reconoce como persona ¿cierto?, entonces pienso que esa parte si nos hace falta, como primero reconocerse sí, que yo también me puedo enfermar si, que yo no soy dios o medio dios, que eso solo le pasa al otro, pero que a mí no me va a pasar, entonces eso nos falta, como reconocer y eso si falta en el currículo que nos reconozcamos como personas. Eso mejora autoestima, mejora concepto, mejora una cantidad de cosas y hasta la misma identidad del profesional.

**LM:** ¿crees que existe alguna relación entre el autocuidado, el cuidado de la salud y el cuerpo o son conceptos que van de la mano?

**ML001:** no yo pienso que todo está relacionado, y es con lo que te acabo de decir, incluso si tú lo piensas de esa manera una cosa es el autocuidado, claro si yo me quiero, si yo reconozco cuales son mis debilidades o que me falta o que debo mejorar por ahí empieza el autocuidado, obviamente el autocuidado cuando uno mejora su autocuidado obviamente mejora su cuidado de salud y es lo que no puede predicar y decir ese es el problema de todos, que nosotros a veces no somos coherentes con lo que decimos y pensamos y hacemos sí, yo pienso que cuando nosotros mejoramos nuestro autocuidado podemos dar o brindar un buen cuidado a la salud cierto y obviamente si se cuida la salud, se cuida el cuerpo. Entonces si son conceptos relacionados si, lo que pasa es que a veces uno ve primero el cuerpo, después el autocuidado, el cuidado de la salud o al revés, pero yo pienso que deberíamos empezar por nosotros o sea por lo más amplio para llegar así a lo más mínimo que es el cuerpo, pues todos son conceptos relacionados, muy relacionados.

**LM:** ¿Qué sentido tiene para ti por ejemplo el cuidado?

**ML001:** Pues es que el cuidado es amplio si, el problema es la forma como lo estamos dando. Uno es la forma como lo estamos dando y hacerlo entender, pues porque todo el mundo dice a esta persona enferma a ese hay que cuidar, pero resulta que uno también tiene que cuidarse estando uno sano si, y la otro es como yo le digo a los chicos uno o incluso, es que uno debería enseñarles a los niños que desde niños uno debe cuidarse para la vejez, uno piensa que la vejez eso le va a llegar lejos, y pienso que ahorita el cuidado, o sea pienso que ahorita las personas se están enfermando más jóvenes si, de pronto por los mismos excesos que nosotros tenemos de trasnochar, no comer bien, porque cuando uno es joven el cuerpo aguanta todo cierto, entonces después cuando uno llega a la vejez ¿oiga pero porque me paso todo eso?, entonces pienso que el cuerpo a la vez se convierte en un reflejo de lo que fuimos durante la vida.

**LM:** ¿Cuándo tu decías que hay que cuidarse o sea el cuidado está en lo sano, a que te refieres?

**ML001:** a lo que dije ahorita el cuerpo es el reflejo de lo que fuiste durante toda tu vida, si tú te cuidaste bien en la adolescencia, si tuviste buenos hábitos de vida ahí es cuando uno ve en la vejez ¿cierto? que tú tienes una vejez buena y eso es lo que uno tiene que pensar, el problema es que uno se pone a pensar cuando yo tenga, cuando yo sea grande y listo, cuando yo sea grande voy a ser así, pero uno nunca le pone, nunca se cuida cuando ya se empieza con los dolorcitos, porque no me cuide antes.

**LM:** Pensando un poco en el tema de la educación que tiene mucho que ver también con lo que se enseña en los currículos ¿tu como entiendes la formación integral de los estudiantes de enfermería?

**ML001:** Mira para mí la formación integral no es que sepa muchas cosas, para mí la formación integral es ser persona, para mí una persona que necesita, no solo conocimientos, sino realmente que ellos aprendan a reconocerse, ¿cuáles son sus Hobbies, que les gusta? las cosas artísticas, las cosas culturales pero eso lamentablemente en un currículo lo dejamos muy aparte, y era lo que hablábamos ayer con un grupo, que yo les decía ¿piensen que es el ocio?, y ellos decían no pues el ocio es profe ponerme a ver televisión y dormir bien y yo les decía no, el ocio es lo que le gusta hacer, ¿Qué le gusta hacer cuando usted tiene libre?, pues profe dormir, pues claro porque ustedes vienen de una semana donde trasnochan, tienen que madrugar a prácticas, donde medio comen, entonces pues claro, llega el fin de semana y su cuerpo lo que le pide es dormir, pero si ustedes tuviera un buen cuidado, obligatoriamente ustedes los fines de semana

hicieran más actividades, como ir a bailar, pasar tiempo con su familia, pero el problema es que ahí va la formación integral, que nosotros pensamos que la formación integral son solos conocimientos y hay cosas importantes como el compartir con la familia, crear redes de apoyo, que eso generalmente no lo hacemos cierto y ya cuando uno lo piensa es con el pasar de los años cierto y la formación integral es solo conocimiento, yo siempre he dicho que para mí, lo digo por mí, yo quiero formar personas, no quiero formar profesionales de enfermería.

**LM:** ¿tú crees que la universidad o la escuela o la facultad cumple con esa formación integral?

**MLO01:** Es que yo creo, lo que yo te decía desde la docencia o el docente tiene que ser muy coherente sí, que es lo que yo veo o que es lo que yo percibo en todos estos años, el hecho de hacer actividades culturales, recreativas, para todo el mundo eso es pérdida de tiempo. Si se continua con ese mismo concepto obviamente que se va a perder la formación integral, entonces para todo el mundo la formación integral es inculcarles a ustedes que se sigan educando, que se sigan formando, que se sean magísteres, doctores pero cuando uno se da cuenta después de mucho tiempo, en los magísteres y los doctores son las personas más tristes que hay y solitarias sí, entonces yo le digo eso ustedes, tienen que cultivar a sus compañeros, a sus amigos y ellos me dicen profe, yo tenía amigos en el primer y segundo semestre. Cuando uno empieza la clínica es como si lo sacaran en una burbuja y ¡um! se perdió todo el mundo, y yo le dije no es que se pierde todo el mundo, usted se perdió para todo el mundo, porque se meten en el cuento de la enfermería que todos o sea que desde que empiezan a ser enfermeros solo se ponen a leer enfermería, ya no leen nada de política, no les interesa la parte económica y eso es importante para una persona.

**LM:** ¿los docentes tienen que ver en esa visión de formación?

**MLO01:** sí, porque acuérdate cuando uno ingresa a la universidad es todavía un adolescente y el adolescente de alguna u otra manera está buscando sus ejemplos sí, entonces si ven a su ejemplo que es ermitaño que le gusta leer mucho, se dan cuenta que siempre leen lo mismo o que es muy duro en su fisiopatología o en la parte biológica, entonces ellos saben más que realmente esa persona que sabe. Uy si la profesora sabe sociología o sabe de economía y para que le sirve eso a una enfermera y ya cuando uno los sienta realmente como mire esto es importante por tal cosa. Yo ahorita dicto gestión una de mis áreas es gestión y yo les digo mire gestión no es solo para la materia de enfermería, la gestión es para la vida, cuando yo les empiezo a decir que es gestión, ellos empiezan “oiga profe ahora ya entiendo lo del proceso administrativo, ya entiendo lo del ciclo PHVA”. Yo le dije: es que usted todo el tiempo está haciendo eso, sino que usted lo encasillo como un conocimiento aparte, donde a usted no lo permeabiliza ese conocimiento para su vida no estamos haciendo nada, que es lo que realmente está pasando muchas veces en las universidades, es como formar conciencia para que estoy recibiendo esta información sí. Entonces, si pienso que nosotros o tenemos mucho que ver en esa formación integral, por ejemplo yo decía, cuando uno va a un concierto y no dice “que chévere que los chicos se dieran esta oportunidad de venir a un concierto” pero ellos dicen no profe, eso es perdedera de tiempo, porque mañana tengo quiz o mañana tengo parcial y tengo que estudiar para tal cosa, y yo les decía oigan pero saquen cinco minutos aunque sea para saltar sí, eso los oxigena, los saca de ambiente, pero no entonces uno siempre está así como ven a los profes agotados así ellos se van a sentir estando acá.

**LM:** ¿Por qué crees que los estudiantes le dan más prioridad o más relevancia como a todo eso de lo biomédico podríamos decirlo, así como lo que tu decías el docente que hace

procedimientos que tiene más habilidades de pronto en la parte clínica, que sabe más de la fisiopatología, qué sabe más de la enfermedad ¿por qué crees?

**MLO01:** porque primero yo pienso que lo consideran, es esencial y es importante y es... y que les digo es como de admirar que sepan eso, uy tan chévere iyo quiero aprender todo eso! ¿Cierto? pero realmente yo siempre les digo “eso ustedes lo encuentran en los libros” si, incluso en la forma como usted lo vaya explicando o lo vaya a haciendo; esa realmente es la esencia sí. Hay muchos yo siempre les digo a la mayoría pues es que ser profe es chévere, si usted llego acá esto es chévere, yo les digo no, para ser docente realmente, incluso hablo con muchos de mis compañeros, la idea es que usted tenga paciencia si porque hay muchos, yo pienso que para ser docente es mucho más complicado que ser enfermero y por una sencilla razón, porque uno como docente marca vidas, marca destinos, marca vidas, y así como marca vidas también pude cortar ilusiones, y a veces son muchos colegas que yo me metí como docente primero porque no me trasnocho entre comillas, pero realmente cuando uno se mete a la docencia, uno tiene que trasnochar preparar clase y mira realmente como hacerles entender cómo hacer lo bonito del tema que puede ser a veces tan álgido que lo vean más fácil y muchos docentes así que se dedican a dictar el tema y ya. Entonces pienso, la pregunta se me olvido, ¿Qué me dijiste?

**LM:** ¿Crees que los estudiantes les dan más relevancia a esos temas biológicos?

**MLO01:** A parte de eso es porque están en su proceso de formación y ellos creen que sabiendo esa parte no integrándola con la parte humana, con el trato, porque esa es la otra, creo que en la parte en enfermería la parte del éxito es la parte humana pero a veces como yo te digo, uno puede ser un buen magister, puede ser un muy buen doctor pero uno los ve tristes y solos y uno dice para que yo quiero ese título si mire la, si a mí me cierra como docente o como persona.

**LM:** ¿Cómo sería para ti una educación de calidad en enfermería?

**MLO01:** de calidad, pues dependiendo de cómo uno entienda la calidad, porque para mí la calidad es hacer las cosas bien, siempre buscando la excelencia, el problema de la calidad como siempre se entiende, es compararse con, entonces cuando uno se empieza a comparar con ahí empiezan a cortar muchas cosas cierto, entonces para mí la calidad es hacer las cosas bien y siempre buscando la excelencia. Nosotros de por si pienso que como programa hemos mejorado y buscamos eso, hacer las cosas bien y buscando la excelencia, por lo menos yo lo siento así, aunque como te digo nosotros siempre nos estaremos comparando con y cumpliendo unos estándares que de pronto si los podemos lograr pero a costa de que si, acostado de tener jornadas estudiantiles, laborales, cuando digo laborales también lo digo para los chicos que tienen que estudiar más, dormir dos horas diarias seguir el ritmo del trajín, todo ese tiempo o sea ahí estamos sacrificando cosas que realmente son importantes para el profesional.

**LM:** ¿Cómo lidias tu como docente con esas cosas, como haces, para proponer alternativas diferentes de que los estudiantes aprendan a ser más personas, más humanos?, o sea salirte como un poco porque yo entiendo que pues hay un sistema, hay una lógica institucional que te exige ciertas cosas y que a veces salirse de pronto de esa lógica pues ahí un tipo de resistencias difíciles, pero también entiendo que los docentes hacen sus propias formas o sea tienen sus propias formas, ¿Cómo haces tú por ejemplo?

**MLO01:** Mm lo que te digo, si yo voy a tratar un tema sobre gestión o la diferencia entre gestión, gerencia y administración, pues yo coloco ejemplos de la vida si por lo menos el proceso administrativo, cuando yo les hablo ¿Cuáles son las etapas?, Mm, entonces empezamos a hablar

de las etapas, yo les dije ustedes lo hacen todo el día, cuando uno ya habla de ellos que lo hacen todo el día o que lo hacen siempre, entonces van a decir iese concepto lo tenemos si!, pues es como meter todo lo que nosotros hablamos de conocimiento aplicarlo a la vida y hacerles como una pequeña reflexión para donde van sí, o sea, yo creo que en los espacios tanto en la clínica que es donde siempre me he desempeñado más, la gestión me ha ayudado mucho como a ver esa visión para ayudarlos a formar a ellos.

**LM:** Listo profe, ¿hay algo que quieras comentar o añadir?

**MLO01:** pues, oye me pareció muy chévere los dos conceptos que tú me decías, lo del cuerpo que nunca lo miraba, sino lo que yo te decía la parte biológica pero realmente uno aprende con el tiempo que no solo es lo biológico, lo que yo te decía la parte psicológica, la parte social, porque a veces solo manejamos cuerpo, alma y mente no más, pero también es la parte social, los apoyos, las redes que puedan tener las personas y que también desde acá hay que construir eso.

**LM:** Bueno profe, muchas gracias.

### ENTREVISTA NR001

**FECHA:** 23/05/19

**LM:** Bueno NR ¿si tuvieras que hablar del cuerpo que es lo primero que dirías?

**NR001:** Lo primero que se me viene a la mente, es la parte más importante del ser humano, tal vez, lo que nos acompaña, lo que nos representa y lo que me da como una identidad. Tú me lo preguntas a mí como persona esa es mi respuesta.

**LM:** ¿Por qué piensas eso?

**NR001:** Porque somos muy diversos, y como yo en un momento pensaba ahorita “el cuerpo”, entonces yo me imagine saliendo y ver personas pasar, entonces es como su identidad, como lo que lo identifica, la parte más importante, es como no sé (.) lo que logra ocupar un espacio dentro de este mundo y así reconocerse como persona, también es darse a conocer o representarse con las otras personas. Y pues es muy importante porque es esa carta propia de presentación como lo estoy diciendo; es esa carta de presentación ante los demás, entonces creería yo que es una parte muy importante, sin conocer una persona con solo verla pues su cuerpo ya refleja muchas cosas para ti <que es el ser> y cuando uno se mira al espejo, pues también tiene uno muchas representaciones de sí mismo que se expresan a través de lo que yo puedo ver que para mí en primer momento sería el cuerpo.

**LM:** Entonces, en ese sentido para ti ¿Qué es el cuerpo?

**NR001:** Como la unidad (0.5), una unidad, unidad importante de identidad de una persona.

**LM:** Bueno, ya hablamos algo de lo que tú piensas del cuerpo en ese sentido. ¿Por qué crees que es importante hablar del cuerpo en enfermería?

**NR001:** (2.5) Porque (.) precisamente desde mi concepción que es la unidad más importante (.) pues de pronto no la más importante, pero si diría que en un ochenta por ciento es la

importancia que tiene el cuerpo para una persona↑ pues eso va a que la concepción que podamos nosotros tener y entregar al estudiante sobre el cuerpo va a determinar cómo ese grado de reconocimiento del otro dentro de su importancia, viéndolo como yo pienso y es muy importante y eso va a generar que la persona se sienta cuidada y se sienta tenida en cuenta, desde algo que puede llegar a ser muy importante para ellas y para el resto del mundo piensan igual que yo, que es casi un ochenta por ciento de importancia en el ser. Eso va a ser que ese cuidado sea más personalizado y que sea global que no se dedique a la parte o a la cosa, o al fenómeno, sino que dentro de él (.) se mezcle (.) esa parte de identidad, esa parte de autoimagen también, que para la persona muchas veces (.) o para el estudiante, o para el profesional puede pasar a un segundo plano, sin reconocer la importancia que ella tiene para el cuidado, >no solo para el cuidado si para una persona en cualquier contexto, no solo de salud y enfermedad sino para un contexto cotidiano, pensaría yo<.

**LM:** Entonces, ¿Qué es en sí el cuerpo en enfermería?

**NR001:** ¿Qué es (.) o que debería ser?

**LM:** ¿Qué es?

**NR001:** Pues yo siento que el cuerpo en enfermería es la unión de partes, yo siento que desde mi formación y también desde lo que yo hago como docente, no se ha logrado hacer un abordaje al cuerpo, sino se hace un abordaje a la parte, a la cosa, al momento, a la situación; no situación sino a la parte, a la cosa, a la segregación del cuerpo en partes y nos falta eee poder llenar ese que (.) ese todo con sus partes, no muchas veces logramos verlo en el conjunto, sino en la segregación.

Interrupción por parte de servicios generales, preguntando si podía entrar a hacer aseo en la oficina.

**LM:** Listo, entonces ¿hoy en día, por ejemplo, en enfermería que se debería enseñar sobre el cuerpo? ¿Tú que piensas de eso? ¿Qué se debería enseñar?

**NR001:** Pues, yo pienso que (.) de pronto es un vacío en el conocimiento que yo tengo, voy a hablar desde la ignorancia no, pero pues yo pensaría que es más enseñar es estudiar para poder enseñar, entonces yo creo que nos falta poder hacer unos abordajes investigativos sobre precisamente el significado del cuerpo para las personas, para poder yo con una visión más allá de mi subjetividad poder hacer objetivo eso que yo pienso, que para las personas es muy importante su cuerpo que es lo que yo he venido diciendo, he y si así es y al evidencia lo demuestra de esa manera como incorporar ese significado del cuerpo para las personas en un cuidado completo (.) no por partes como te he dicho, yo creería que si nos falta enseñar pero no te sabría decir concretamente en que nos haría falta enfatizar porque siento que hay un vacío grande en el conocimiento allí donde, nosotros empezamos a mirar por ejemplo el cuerpo en las diferentes etapas de la vida, entonces tú sabes que yo trabajo con el área de pediatría sobretodo que es lo que más me gusta, y yo no, por eso te digo por ignorancia de no haber tenido interés en indagar el tema frente a por ejemplo eso la concepción del cuerpo de un niño, si tal vez, como lo ve, como lo siente, como podríamos integrar ese todo del cuerpo mas no solo la parte. que es la neumonía, que es la diarrea, que enfermedades prevalentes de la infancia por ejemplo y pues si he visto unas aproximaciones sobre todo cuando trabajamos la parte de la sexualidad en la infancia que uno pensaría que es el momento donde el concepto de cuerpo

entra, pero siento que ha sido muy general, si habría y valdría la pena ser un poco más enfático en lo que por ejemplo podría ser la concepción del cuerpo o las experiencias, vivencias que tienen desde las edades infantiles, primera infancia, infancia, pre adolescencia. Yo siento que todavía hay mucho mmm desconocimiento, vuelvo y digo por lo que yo he estudiado, puede que ya este publicado, puede que ya se halla hecho, pero yo si tú me preguntas como profesora de enfermería que dicta pediatría, que a veces dicta adolescente, no lo he visto, no lo he visto en ese sentido y sobre todo en esa etapa que es la infancia entre los cinco y los nueve años casi no se ha estudiado mucho, se hace énfasis en la primera infancia y adolescencia y hay un hueco ahí, que como que entra en declive todas las atenciones, los estudios y solo se espera que llegue a adolescente y esa etapa no, digamos que no se ha estudiado como a fondo, entonces si tú me dices que se debería enseñar yo creo que no tengo la respuesta, creo que a respuesta para eso sería que más que enseñar nos falta estudiar para saber (2.0) a ciencia cierta qué es lo que hay que enseñar.

**LM:** ¿De dónde crees que surge ese vacío que tú dices que hay?

**NR001:** Yo pensaría que es del modelo, del modelo médico que de una u otra forma nos ha impregnado tanto >nuestra formación< en donde nosotros hemos logrado trascender un poco de la parte y de la cosa y hemos tratado de ver pues a la persona en un contexto más global, pero yo pienso que en ese contexto global el concepto de cuerpo, es algo que hace falta incorporar por que se sigue viendo, o yo lo percibo todavía segregado, creo que es como el modelo medico de formación.

**LM:** Ahora que ya nos centramos un poco en la profesión ya propiamente de enfermería. ¿Tu cómo crees que se relaciona el cuerpo con el autocuidado y el cuidado en la salud?

**NR001:** Ahora espérame, en la pregunta anterior aquí hay una electiva que se dio alguna vez que se llama EL CUERPO HUMANO UNA VISION...

**LM:** Mirada integral,

**NR001:** Mirada integral. En algún momento no sé si está ahorita en el plan, pero creo que sí, pienso que hay como un interés, pero yo lo veo como electivo, opcional, mmm creería yo que esa es otra cosa que habría de incorporar dentro del proceso de enseñanza aprendizaje que no sea algo electivo adicional, sino como transversal no, >aunque lo transversal siempre se pierde<. O sea, nosotros decimos aquí, hay que hablar del duelo y de la muerte y no haber una cátedra solamente para eso, sino que lo vamos a incorporar en todos los espacios de formación si tú vas a mirar ahorita, no es así entonces, lo transversal a veces se difunde y se diluye tanto que tiende a desaparecer.

**NR001:** ¿Y la otra pregunta era qué? ¿cómo? perdón.

**LM:** ¿Cómo crees que se relaciona el cuerpo, que relaciones tiene el cuerpo con el auto cuidado y el cuidado de la salud?

**NR001:** Pues yo creo que tiene una relación (2.0) grande desde que la persona conciba (.) o sea, desde que la persona tenga en su concepción como como su cuerpo. Yo decía si bien es una parte muy importante porque hay identidad y lo demás, pensaría yo que también ee puede llegar a ser un determinante importante en la toma de decisiones para decir si me cuido o no, porque depende un poco el peso que tú le des a esa auto imagen para tomar decisiones en tu cuidado

que favorezca por ejemplo pues todo lo que tiene que ver con tu cuerpo, entonces yo pensaría que eso es muy dependiente de del valor y del atributo que cada uno le dé a ello, pero dentro de esa misma relatividad podría yo atreverme a pensar que una buena parte de las personas tienen su cuerpo como un referente para tomar decisiones frente a cuidarse o no, que es la que tú haces con el auto cuidado. ¿Y la otra es qué?

**LM:** El cuidado de la salud.

**NR001:** Y el cuidado de la salud, pues finalmente siento que finalmente están muy relacionadas.

**LM:** O sea, tú piensas que el autocuidado y el cuidado de la salud, vendrían que, están relacionadas, ¿son lo mismo o hay diferencias?

**NR001:** >Pues cuando tú dices auto cuidado< es como que yo mismo tomo la decisión y el cuidado de la salud de pronto es con los demás si, y por eso digo, dependiendo de lo que tu concibas y del peso que tú le des lo haces para sí y de esa forma tú le puedes transmitir a los demás pero en esa transmisión al cuidado de la salud en general, pues también tiene que haber un punto de encuentro entre lo que yo percibo como importante en mi cuerpo y lo que la otra persona (.) lo perciba, entonces por ejemplo “ yo soy enfermera, yo todo pero pues yo no tengo hábitos de auto cuidado adecuados si y pues yo me encuentro con otra persona que tampoco los tiene pues dentro de su concepción entramos y puedo dar recomendaciones pero si la persona no la asume no es algo que para mí sea tan importante como para tomar la decisión de yo ser un ejemplo si, decirle >tiene que hacer más ejercicio<, pero yo no lo hago, yo no lo tengo como un hábito, yo no me siento moralmente capacitada para en el cuidado de salud poder inferir para que otra persona lo haga si esa persona no le tiene el valor que >debe ser<, porque pues ahí ya como que es palabras al viento, yo siento eso.

**LM:** Em ya entrándonos un poco a nivel personal ¿qué sentido tiene para ti el cuidado?

**NR001:** ¿Cómo persona? (sonríe mientras habla)

**LM:** ¡El cuidado!

**NR001:** ¿Qué sentido? O sea, ¿qué sentido, como que significa para mí el cuidado?

**LM:** ¿qué sentido tiene para ti la palabra, el concepto, no se la denominación... que pueda surgir o la idea que tu tengas de cuidado, que sentido, porque, ¿qué significado?

**NR001:** Es como, para mí es como un mantener, como querer, como un aprecio, como cuando tu sientes afecto suficiente por algo eee tú lo cuidas, tú te preocupas por mantener en las mejores condiciones, porque permanezca, porque dure, porque perdure, para mí eso es el cuidado, como esa necesidad de atención y de mantención si se puede decir de esa forma de esas características de esa cosa o de esa persona, porque finalmente tú puedes cuidar cosas, personas.

**LM:** ¿Por qué?

**NR001:** Porque sientes un interés por ello, o sea, lo que tú no sientes un interés ni sientes una afinidad pasa desapercibido para ti. En ese sentido no te llama la atención y algo que a ti te llama la atención que te genera empatía, que mueve tus sentimientos, que mueve que te moviliza

como persona te hace tomar una decisión de mantener, que sería para mí como un sinónimo de cuidar, mantener, preocuparse, las mejores condiciones, lo mejor posible, que esa cosa o esa persona perdure con las mejores condiciones posibles.

**LM:** Emm ¿cómo entiendes tú la formación integral de los estudiantes de enfermería?

**NR001:** Yo la entiendo como lo que hemos tratado de hacer aquí y de incorporar, es ver al estudiante más allá de su rol, que detrás de ese rol de estudiante pues existe una persona, y que dentro de esa persona existen (2.0) condiciones mmm y aspectos que necesita, no formarse ↑ porque nosotros aquí no estamos para formar algo que está deformado, si no para ayudar a construir, para dar herramientas en que esa persona todo lo que tiene como ser humano independientemente de ser estudiante pueda potencializarse, entonces es entender un poco que aparte de la dimensión académica que ellos tienen, tienen una dimensión cultural por ejemplo, una dimensión deportiva, tienen una dimensión familiar, tienen una dimensión laboral también, que todo eso entra a jugar también. Si yo solo pienso que aquí solo llega un estudiante pues estamos haciendo mal la tarea porque detrás de ese estudiante hay distintos roles que deben ser tenidos en cuenta y que deben ser amm potencializados, que deben ser tenidos en cuenta a la hora de su formación. Además es abrir un poco lo que hemos tratado de hacer también, a abrir esas dimensiones poco exploradas por las oportunidades, entonces por ejemplo una formación en esa área política isí que los estudiantes tengan la capacidad de tomar un poco más de decisiones, de participar en toma de decisiones institucionales, nacionales también que lo hemos visto en los últimos tiempos donde los estudiantes de la escuela de enfermería han liderado movimientos críticos que han permitido >avances< nacionales, avances también locales u avances también aquí en la escuela. Entonces para mí la formación integral es ver las distintas dimensiones del estudiante como persona, sin enfatizar cien por ciento la dimensión académica, entonces es dar las oportunidades y ampliar la visión del mundo para también entender que la enfermería no se circunscribe solo un ámbito clínico, porque pues básicamente aquí cuando llegan los estudiantes llegan como muchos de nosotros cuando entramos a estudiar pensando que el homólogo de una enfermera es un hospital, es una jeringa, entonces tal vez, cuando salen y se ven otras perspectivas y se ofrece la posibilidad de ver que hay cosas más allá, el estudiante se forma como profesional pero también se forma como persona, incluyendo esas dimensiones que yo tal vez te hablaba, pero se me escaparon muchas pero es lo que yo siento que hemos tratado de enfatizar.

**LM:** ¿tú crees que la universidad cumple con esa función de formadora integral?

**NR001:** La universidad (.) está abriendo las posibilidades y se está dando cuenta que es una necesidad desde su labor social, que obviamente lo único (2.5) que no, lo que se piensa que hace una universidad es dar profesionales sí, pero digamos que la universidad también ha pensado un poco en que su labor social es dar mejores ciudadanos sí, o entregar mejores ciudadanos con unas características profesionales que empujen el desarrollo del país. Yo pensaría que la universidad está caminando hacia allá pero la escuela lo tiene mucho más fundamentado por ser una ciencia humana, porque tiene interacción con las ciencias sociales con otras cosas, entonces nosotros hemos tratado de enfocar (.) eso, en la formación, en mirar que nosotros no solo estamos dando profesionales si no también estamos entregando a la sociedad unos ciudadanos que tienen muchas responsabilidades a distintos niveles; una responsabilidad ecológica, que tenemos una responsabilidad política, que tenemos una serie de aspectos que, a veces vuelvo y

digo el hecho ¡Enfermeros!: hospitales, clínicas , centros de salud, pero si nosotros nos damos ahorita cuenta el perfil del egresado es demasiado amplio, entonces ahí hay infinitas posibilidades en donde se puedan desempeñar y todos esos roles y esas mmm, como acotaciones del ser ciudadano nosotros hemos tratado de enfatizarlas. Entonces por ejemplo, antes la formación de nosotros era mucho más rígida en el sentido de que esas cosas como dimensiones personales lo que te decía sus roles familiares, sus roles laborales inclusive sus roles de salud, porque nosotros aquí tenemos estudiantes con problemas psiquiátricos, estudiantes con problemas emocionales, tenemos estudiantes con problemas de salud importantes que nos les permiten desenvolverse igual que un estudiante promedio que por lo menos no está inmunosuprimido, pero por ejemplo nosotros ya hemos tratado de adoptar esas cosas, esas condiciones para que su formación sea más diversa y no tan encasillada en que tiene que ser así, así, así, así sino abriendo las posibilidades para que esa persona pues de acuerdo a sus limitaciones y de acuerdo a, no tanto sus limitaciones sino a sus condiciones personales pueda desempeñarse como profesional pero también como ciudadano en el contexto donde se vaya a encontrar.

**LM:** ¿cómo sería para ti una educación de calidad en enfermería?

**NR001:** para mí una atención, ¿una qué?

**LM:** educación

**NR001:** Para mí una educación de calidad en enfermería, para mí una atención de calidad en enfermería sería una educación (3.0). En primer una educación cálida, una educación donde el estudiante se sienta cómodo estando aquí, yo si parto del punto de las emociones, si a ti te gusta lo que estás haciendo vas a aprender, si a ti te gusta lo que estás haciendo vas a producir, si tú te sientes cómodo en lo que estas vas a volar y volar sería cumplir ciertos estándares que ya están encasillados y que eso también mide la calidad, porque el concepto de calidad puede ser medido desde diferentes puntos de vista, pero para mí lo principal sería una educación cálida, sería una educación centrada en el estudiante si, en ver precisamente esas necesidades, obviamente en el acompañamiento docente porque el estudiante viene aquí a aprender lo que no sabe lo que necesita aprender guiado por el profesor, pero siempre centrado en el estudiante en sus formas de aprender, porque nosotros tenemos mucho que ee dinamizar frente a los distintos aspectos de aprendizaje que están teniendo cada vez los jóvenes, porque esos modelos y esas (.) formas han variado mucho en la medida del tiempo, entonces ahora hay que dinamizar las metodologías, dinamizar las didácticas, hay que dinamizar el aula porque ya los estudiantes no se concentran tan fácilmente, hay ciertas condiciones ambientales como la procrastinación, el acceso a la tecnología, formas de comunicarse que han cambiado que para nosotros implican un reto, entonces para mí de calidad sería ajustarse a todo eso y si todo eso se ajusta, si ya los estudiantes sienten el gusto, el placer, la comodidad, la confianza de hablar con sus profesores, de dinamizar las cosas, de proponer, de todo eso generaría indicadores de calidad en la formación, buenos desempeños en el aula, buenos desempeños en las pruebas , el espíritu investigativo también sería mucho más (.) pienso yo... motivante, entonces los estudiantes podrían y se motivarían más por el área de la investigación, no como, que mamera porque a nosotros siempre nos dicen que investigar, que mamera porque eso es tiempo, que mamera porque no sé, que mamera, que mamera, que mamera, pero es cambiar un poco ese chip. Mmm para mí también una educación de calidad en la escuela de enfermería sería una formación una educación centrada en la persona como te dije antes si, que todos nos diéramos la oportunidad

de reconocer en el otro, pues una persona que está allí a la expectativa de un proyecto de vida porque es algo que yo siempre les he dicho y lo sostengo en todo lado, que a nadie de los que estas estudiando acá los obligaron, bueno algunos si los coaccionaron para estar aquí pero no los obligaron a estar acá y la mayor parte de personas me dice ¡ay voy a invertir tantos años de mi vida porque no tengo nada más que hacer! no, eso es un proyecto y ya hay gente que tiene su proyecto de vida, que saben que con esto van a sobrevivir y que a partir de esto van a ser su proyecto laboral y que va incluido allí el proyecto de vida, entonces es como (2.0) como poder reconocer eso y contribuir, porque nosotros sabemos que alguien no se siente cómodo con lo que está haciendo, con la comunicación que tiene pues más adelante va a ser un profesional igual, va a ser todo a la maldita sea, que va a vivir frustrado, ya me toco esto, porque ya fue lo que tenía que hacer, y es mucho de lo que seguimos viendo que hay personas que no salen tan encariñadas con su rol sino como una opción, más no como un proyecto. Entonces mmm (.), yo creería que para que fuera de calidad tiene que ser centrada en las personas y con esas características.

**LM:** ¿tu cómo crees que los enfermeros y enfermeras aportamos a una educación de calidad?

**NR001:** ¿Acá en la universidad?

**NR001:** ¿Los enfermeros y enfermeras como aportamos a una educación de calidad?

**NR001:** Pues yo creo que, siempre que haya un profesional en contacto con los estudiantes, son unos modelos (.), son modelos, son (.) referentes, entonces cuando los estudiantes tienen la oportunidad de interactuar con profesionales en ejercicio se >proyectan< entonces, se proyectan a las experiencias o a lo positivo o a lo negativo, entonces eee, digamos que nosotros hemos encontrado en las practicas que ellos realizan ciertos modelos motivadores donde se dice “uy no ese enfermero, pero mire todo lo que hace, todo los alcances que tiene” se rompen el paradigma del hospital, se rompe el paradigma de la jeringa y eso contribuye a la formación en un sentido de motivación de que uff hay muchos aspectos, muchos campos inexplorados. También cuando ellos ven que hay profesionales en cargos de mando o toma de decisiones a nivel puede ser clínico, también puede ser comunitario, nacional que ven que se están empoderando en las cosas, eso forma identidad para mí, pero también vemos esos modelos no tan positivos, donde se ejerce la carrera en una forma poco motivante↑ donde se ve que es cumplir por cumplir, hacer por hacer y sí, una realidad que nosotros tenemos nacional es que los profesionales de enfermería estamos quemados, mal pagos en unas condiciones laborales totalmente desfavorables y eso también genera en los estudiantes una sensación de desesperanza; de pensar “bueno y yo aquí cuatro años y voy a salir por una contratación por OPS, millón cien, me quedan no sé cuánto, como de que no vale la pena tanto esfuerzo y tanto amor” porque tú también necesitas unas condiciones laborales óptimas para desarrollar tu proyecto de vida. Entonces digamos que los profesionales son una, para mí en la formación juegan como esa proyección, esa motivación y también un poco el reflejo de lo que realmente es el ejercicio de la profesión y eso puede llegar a tener puntos a ((favor)) y puntos en contra pero lo que yo más veo en algún momento, ya no tanto del profesional sino del gremio, es un poco la desesperanza ¿no? de pensar que hay como condiciones laborales no tan (.) optimas↑ y los estudiantes terminan por entender que esto es más amor y vocación que cualquier otra cosa, porque las condiciones nos son como las que uno esperaría para poder ejercer una profesión tan valiosa.

**LM:** finalmente, ¿hay algo que quieras comentar o añadir?

**NR001:** Mmmm (5.0) pues no.

**LM:** Listo, vale gracias.

### ENTREVISTA SG001

**LM:** ¿Si tuvieras que hablar del cuerpo que es lo primero que dirías?

**SG001:** bueno si tuviera que hablar del cuerpo bueno diría que, es un todo no, yo siempre he pensado que el cuerpo es un todo en términos de integralidad, hace parte de lo que soy como historia, como sujeto humano, sujeto de derecho, sujeto histórico, como ciudadana, como mujer; no concibo un cuerpo solo en términos de lo material, sino también como un (6.0) ¿instrumento?, pero no un instrumento como máquina, sino un instrumento de relaciones, en relación con mi entorno, en relación conmigo misma, de relación con mi yo, de relación con mi interior y de relación también con los otros, con las otras, la naturaleza, entonces creo que el cuerpo es un elemento de relación por excelencia, un elemento de relación. Creo que tendría que decir sobre el cuerpo.

**LM:** ¿Porque crees que es importante hablar del cuerpo en enfermería?

**SG001:** Pues bueno, sino se habla del cuerpo en enfermería no podríamos... Yo siempre he dicho que el cuidado es un elemento relacional también ¿si me entiendes? La esencia del cuidado o del ser enfermero es relacionarnos con los otros, con lo otro, es decir el cuidado del mundo. El cuidado es reparar y transformar el mundo y la única forma de reparar el mundo es relacionarnos con ese mundo, por lo tanto el cuerpo es eminentemente esencial en las ideas de relacionarse, porque no podemos pensar en un cuidado alejado, por más que tu pienses en un autocuidado que se ha vendido tanto y ese autocuidado esa relación conmigo mismo interviene esto que yo le llamo cuerpo, que le llamo corporalidad, eso que yo le llamo ser histórico, esto que llamo ser complejo, esto que llamo ser yo, entonces en esa medida el cuerpo es básicamente un vínculo exclusivo, un vínculo necesario entre la idea de ser enfermero o enfermera y poderse comunicar con el mundo, comunicarse con los otros, comunicarse consigo mismo, entonces pienso que ahí es donde está la relación más estrecha entre el cuidado y el cuerpo.

**LM:** ¿qué piensas que es el cuerpo en enfermería hoy en día?

**SG001:** hoy en día no ha cambiado mucho de hace algunos años, o sea la enfermería es una ciencia moderna, es una ciencia que nace bajo unas perspectivas y unas lógicas muy claras y era básicamente de carácter altamente asistencial, altamente procedimental, pues digamos que tiene unas raíces ahí, que no puedes desaprender de manera muy fácil. La enfermería nace incluso desde una lógica biomédica; los primeros formadores de enfermeras y enfermeros fueron los médicos, también las monjas y en gran medida los militares pues ahí hay como unas tres herencia que nos pesan altamente, pero esos son los tres elementos que de alguna forma conforman la idea del cuerpo que todavía sigue reinando pienso en la actualidad de cuerpo, tiene que ver con un cuerpo mecánico, con un cuerpo al servicio, bueno estoy hablando del cuerpo enfermero primero y después voy a hablar del cuerpo sobre el cual ejercemos y voy a tomarme el atrevimiento de decir ejercer entre comillas, pero es cierto ejercemos cuidado. El primero, un cuerpo enfermero es un cuerpo domesticado, es un cuerpo a demás arraigado muy a lo femenino por lo menos en Colombia, que tiene unas visiones muy dogmáticas altamente atadas a las creencias primero desde lo religioso, segundo desde lo militar que pues obviamente conllevan a tener un cuerpo domesticado, un cuerpo disciplinado, a las enfermeras nos han

formado, nos formaron para ser muy disciplinadas, rígidas, estrictas, para caminar finito como decimos, para vestirnos igual, para pensar ese vestirnos igual es un sinónimo de estatus, bueno tenemos todas unas lógicas de corporalidad bien curiosas creo yo que no se han logrado desprender completamente, que se mantienen, incluso que se resguardan como parte de la identidad profesional, o sea resguardar un cuerpo disciplinado en enfermería es pues muy paradójico, más cuando estamos en una sociedad en la que la transformación, la diversidad, la que se yo las maneras de ser distintos las que de alguna forma nos muestra por donde es el camino, nosotras en enfermería digamos nosotras, en el que también hay hombres digamos nosotras porque somos mucho más las mujeres que habemos en enfermería que los hombres, nos están marcando una lógica muy clara de decirnos para donde vamos y adicional somos unos cuerpos domesticados por lo militar, por lo religioso y por lo femenino. Imagínate tú como es este cuerpo de enfermera, como en conjunto, como en grupo, somos pues traídas desde esas mismas lógicas, de esos mismos estereotipos desde esas mismas necesidades de entendernos, de entendernos desde ahí, salvaguardamos todo eso porque desde ahí esta guardada parte de nuestra identidad, de nuestra forma de ver el mundo de entender la enfermería. Yo no niego que hay unas raíces y que las raíces en la vida son muy importantes, porque ahí te construyes, ahí te formas, pero no quiere decir que debemos salvaguardarla de tal forma no, hay raíces que hay que empezar a modificar, bajo esa lógica es que pienso que el cuerpo en enfermería como cuerpo de cuidadores se mantienen, bajo una estricta y una rigidez que demanda también pues unas maneras de pensar, pues ya te decía el cuerpo es histórico y viene cargado también pues de todas estas lógicas que nos acompañan. Imagínate tú los cuerpos de las enfermeras, cuando hablo cuerpo de manera compleja, son atados y en cierto modo castrados metafóricamente. Desde que empezamos a estudiar me lleva a hacer un recuerdo de hace algunos años porque no soy muy joven, no soy recién egresada, pero creo que eso no ha cambiado la manera que formamos a nuestras enfermeras, yo soy docente de enfermería y me lleva a cuestionarme muchas veces en las aulas de clase, la rigidez por ejemplo en nuestras estrictas maneras de pensar que las chicas y los chicos tienen que usar un uniforme o nuestras estrictas maneras de enseñar, ino te sientes así, párate derecho, las enfermeras no usan esmalte, quítate todos esos anillos, que tal esos aretes en una práctica, por favor ese rojo con el uniforme blanco se ve horrible! cuando le decimos del labial a las niñas, o sea todo eso domestica el cuerpo y tiende a lo que te digo, a salvaguardar una identidad, una imagen que se hace en colectivo, pero que está arraigado a unas cosas que tienen que empezarse a desarrollar pues en mi manera de ver. A mí me preocupa a veces cuando hablamos del cuerpo en enfermería, de las enfermeras y lo enfermeros porque esto choca en lo personal y lo profesional es que no es fácil que por años una lógica, también la lógica que nos acompaña es la lógica de las mujeres, una lógica femenina que también está acompañada de lo fácil, es la cuidadora, se pretendía también una mujer de cercanía, la caricia, la corporalidad cercana y esto implicaba también ciertas ideas de la sexualidad alborotada y cuando hablo de la sexualidad hablo de sexo como tal de la sexualidad super alborotada y eso tenía unos agravantes en la identidad personal teníamos incluso que generar unas brechas, unos obstáculos que nos impidieran a nosotros ser lo suficientemente femeninas para no ser atractivas y para que no nos catalogaran como zorras con el uniforme que tiene además toda una connotación erótica muy mal creada en el medio, pero lo suficientemente cercanas para que nos vieran como cuidadoras empáticas, entonces imagínate esa lucha interna que hemos tenido que llevar las enfermeras durante años y eso tiene que ver con las maneras como entendemos el cuerpo y como entendemos el cuidado. Ahora, el cuerpo de nuestros sujetos de cuidado es otro cuerpo, pues es el cuerpo con el que nos relacionamos y yo te digo un primer elemento es los obstáculos con los que tenemos que distinguir cual es el cuerpo cuidador y cuál es el cuerpo cuidado. El cuerpo cuidado es el cuerpo lastimado, vulnerable, manipulable y a veces yo entiendo a la gente cuando lo ve como un cuerpo ignorante, en qué sentido, si hay algo que nos ha marcado la historia la salud del mundo no solo para las enfermeras y

enfermeros, sino para todo el mundo en salud y es que el otro es un cuerpo que no sabe y es un cuerpo intervenible en salud y como nosotros venimos de una lógica también biomédica pues desde ahí entendemos salud. Entendemos un cuerpo para el cuidado que necesitamos suplirle las necesidades que el mismo no se puede suplir y en esa medida el que sabe lo que tiene que pasar con ese cuerpo soy yo, el cuerpo que está sufriendo que de alguna forma esta vulnerable en ese momento, como que se despersonaliza, como que lo usurpamos un poco, lo expropiamos, el cuerpo del sujeto cuidado es un cuerpo expropiado. Dos elementos lo hacen un cuerpo expropiado: el pensamiento biomédico que nos implica que hay un cuerpo al que podemos o al que debemos no, porque ni siquiera es podemos, sino que debemos; es nuestro deber intervenirlo para garantizarle lo que yo considero necesita ese cuerpo y es un cuerpo expropiado en otro elemento y es que es un cuerpo que tengo que ver por fuera de, por fuera de un sujeto más integral, yo no puedo vincularme con ese sujeto lo suficiente para hacer relaciones con él mucho más empáticas, porque eso implicaría que también rompo una norma que por allá esta no se en donde se creó, pero está en la cabeza de todos y todas y es que la cercanía con el sujeto me vulnera a mi como cuidadora, no puedo dejarme tocar del otro, yo toco al otro pero no puedo dejarme tocar del otro, no hasta el punto de llorar por él, no hasta el punto de sentir un máximo de compasión, paradójicamente cuando la enfermería se supone tiene una lógica de compasión alta no hasta no, tengo que mantenerlo lejos, tengo que ser un cuerpo que expropie en la medida de que te quito tu esencia, tu persona, tu ser humano para mantenerte solamente en términos de una máquina que puedo reparar y en esa medida ya no me tocas tanto, ya no me tocas en lo emocional que es lo más importante pienso yo pero que a la final es lo que de alguna forma tenemos que alejar, si yo no alejo el cuerpo emocional, si yo no alejo el sujeto emocional, puedo garantizar que puedo tener unas cercanías innecesarias, no lo enseñan, ni lo enseñamos, lo sigo escuchando en algunas clases tú puedes compadecerte por el paciente, pero no puedes llorar con él!, y entonces no sé qué tipo de emocionalidad pretenden que manejemos, pero si es como una esquizofrenia así como muy extraña que lo pone a uno a pensar dos veces que necesito yo en esta lucha, tú puedes hacer porque tú eres la que tiene el conocimiento, por lo tanto tienes que quitar ese lado emocional y que sobre pase lo racional no, porque tu conoces, tu sabes, que no puedes llorar por que el duelo lo tiene que vivir el sujeto de una manera y acompañas el duelo que tiene que estar con el acompañamiento del duelo pero no puedes vivir el duelo con él, porque, porque tu razón, tu conocimiento, tu ser enfermera te lo va a impedir y esa es una manera en que nos relacionamos en la enfermería con los cuerpo tanto en sujetos cuidados como en cuidadores, creo que ahí está como un nicho muy grande en exploración que sería imposible empezar a develar en una sola pregunta.

**LM:** ¿en ese sentido tu qué crees que debería enseñarse sobre el cuerpo en enfermería?

**SGo01:** primero, creo que a las enfermeras y enfermeros nos tienen que enseñar a ser cuerpos antes que enseñar sobre el cuerpo y ser cuerpo implica reconocerse a uno mismo y creo que ese es un elemento que nos falta enormemente. Mira yo escucho a los chicos y escucho mis compañeras profesoras decir los primeros semestres los chicos son unos y terminan en octavo semestre siendo otros y la verdad no creo que estemos mejorando las personas que tenemos a nuestro cargo, es lo que tengo que decir, esto sonó mal pero también lo puedes publicar porque creo que si estamos cometiendo muchos errores en la formación de sujetos humanos, vuelvo y digo estamos despersonalizando a los cuidadores, entonces eso implica que también nos auto expropiamos de nuestra corporalidad de nuestras propias emociones, de nuestras propias formas de sentirse, de actuar y de conocer el mundo. Me parece que cuando empezamos a estudiar enfermería o cualquier sector salud no creo que pase solo en enfermería, creo que pasa en el sector salud y cuando empezamos a estudiar una carrera que tiene que ver con la salud empezamos a desconocernos a nosotros mismos, empezamos a ser un sujeto distinto. Primero

un sujeto para otros y en el actual sistema de salud un sujeto que sobrevive a partir de los otros, tiene una implicaciones enormes enseñar a ser cuerpo distinto, a ser cuerpo, no distinto, a reconocerse como cuerpo, a reconocerse como humano, a reconocerse como sujeto de derechos, a reconocerse como ciudadano, a reconocerse sexualmente diverso por ejemplo acá en enfermería eso nos ha costado unas cosas enormes, primero porque los chicos que entran, entran con un estigma, los hombres, las chicas que entran también entran con otro estigma, es que por esencia son heterosexuales, todos aquí somos heterosexuales y pasamos caminando y así se nos salga por los poros no ser heterosexual, todos seguimos en la lógica, lo somos, y ahí pues va ser muy difícil ser cuerpo y obviamente construir cuerpos distintos, entonces pienso que hablar de cuerpo en enfermería es empezar a construir un cuerpo propio, dejar que los enfermeros y las enfermeras sean cuerpo, desde chiquillos, desde los primeros semestres, empezar a que ellos mismos se reconozcan como lo que son, cuál es su historia. Segundo empezar hablar de un cuerpo distinto, es decir, empezar a hablar sobre un cuerpo complejo. Yo estoy en dos asignaturas de manera corta también estoy en otras, pero de manera constante estoy en una que se llama MUJER Y RECIEN NACIDO y otra que se llama INVESTIGACION CUALITATIVA voy a hablarte en especial de la primera que es una de las que llamamos enfermería, es decir, es una de las líneas de nuestra formación disciplinaria. Esta mujer y recién nacido tiene unas connotaciones muy paradójicas, me ha costado unos retos personales incluso muy fuertes. Primero porque yo entro a un espacio de formación donde el sujeto o ser humano que se trabaja o se trata de comprender es una mujer y pues yo soy feminista y eso me ha traído unas grandes luchas internas porque además yo ingreso a hablar sobre derechos sexuales y reproductivos, determinantes sociales en la salud y unos elementos que el espacio de formación empieza a manejar, pues me pienso yo como un reto y una tarea que estaba pendiente pero que me alegra que la hayan tomado ya, que la hayan cogido y me hayan contratado digo yo entre comillas a mí pero pudo haber sido otra persona para que empezara a tomarse ese reto en serio, de empezar a hablar de la mujer de manera distinta no solamente como un cuerpo que pare hijos, si como ese cuerpo biológico que está desarrollando y gestando vida. Y empezar a hablar de eso me causo enormes paradojas, una escuchar a las colegas hablar del cuerpo femenino no, es un cuerpo reproductor por excelencia y bueno si, es un cuerpo reproductor, yo no puedo negar que lo sea, pero el grado de importancia de la reproducción femenina que se le da aquí es enorme, pero claro que es enorme, pero pareciera que una mujer que queda en gestación se vuelve una mujer importante, tiene la importancia que el mundo necesita que es parir hijos y segundo la ven más como un... isiento no! a veces presiento en sus discursos que la ven más como un vehículo para parir hijos, que como una mujer en general. Cuando yo ingreso a hablar de derechos sexuales y reproductivos, interrupción voluntaria del embarazo, una de las cosas que o le digo a los chicos, es que mis compañeras le van a hablar de todo lo bello que es la gestación y yo les voy a intentar hablar de las opciones otras reproductivas de las mujeres. Te voy a contar una cosa, ese espacio de formación tiene dieciocho horas semanales y dieciocho horas semanales es mucho y es uno de los espacios de formación que más tiempo tiene. Yo tengo de las dieciocho horas semanales en todo el semestre, tengo cinco horas para hablar de derechos sexuales y reproductivos, determinantes sociales de la salud, interrupción voluntaria del embarazo, violencia obstétrica y me falta un tema, ah embarazo adolescente, o sea casi que una hora por tema, no sé pero estos temas no sé si lo entiendas como lo estoy viendo yo, para mí son vitales en la concepción de un cuerpo distinto en enfermería, y pues ahí ya te pongo a ti cual es la lógica de por dónde estamos enseñando cuerpo en enfermería, romper es muy difícil pues obviamente no, tu sabes que cualquiera que ha querido hacer cambios y transformaciones ha tenido que ser quemada o por lo menos torturado o echada en algún momento. Yo me gano un espacio muy rico, muy sabroso después en la práctica si ya tengo mis dieciocho horas y me lo gano con todo lo que es promoción de la salud, no toco la enfermedad para nada, no toco lo biológico para nada, procuro que los chicos se olviden por completo que los sujetos con los que

van a intervenir son cuerpos biológicos y los pongo a hablar sobre el cuerpo ciudadano, cuerpos de derecho, de sujetos históricos, de que los escuchen de cuerpos sabientes no, de cuerpos con saber. Y eso me implicaba unos retos tenaces por que los chicos en la práctica llegaban a repetir discursos muy pragmáticos, discursos muy heredados y además muy discursivos no, yo les digo a los chicos “quíntense el discurso prefabricado” a mí un discurso prefabricado no me sirve de nada, a mí no me puede estar diciendo un sujeto cómo está su vida y terminar diciendo a bueno si, iel VIH... no! yo con eso no juego y romper discursos prefabricados, piensa tú de alguna manera le estamos diciendo a los chicos que decir y que pensar y como formarse, siempre ha sido, como actuar en cada una de las circunstancias y esa es la lógica de enfermería, si te llega un código rojo tú haces, si te llega un aborto tú haces, si te llega no se qué tú haces y dices ¿no? porque también acompañamos; si ves al familiar le preguntas, si ves a la mujer le preguntas, le dices, tenemos todo prefabricado y el mundo no es prefabricado, el mundo es caos completo, es diversidad, es movimiento y en ese sentido los chicos y las chicas tienen problemas enormes para desaprenderse los discursos que durante mas o menos durante cinco semestres han venido repitiendo, fácil no es, pero yo si le abono a la escuela de enfermería de que hoy por hoy tiene un grupo de profesoras como pensándose distinto la escuela, que sea lo correcto no sé, que sea el buen camino no sé, pero sí creo que hay un grupo de docentes actualmente que estamos comprometidas con ver una enfermería distinta y más por lo menos conocedoras del actual sistema de salud, que definitivamente no podemos seguir siendo las enfermeras tradicionales ni los enfermeros tradicionales, sino que tenemos que hacer unos cambios radicales y tiene que empezar por las maneras de entendernos como profesionales, posteriormente como cuidadores y posteriormente como sujetos de cuidado, todos somos sujeto de cuidado en algún momento de nuestras vidas y eso creo que es el punto que no entendemos en salud, o sea todavía no entendemos el dicho del que el medico también se muere.

**LM:** ¿a nivel personal qué sentido tiene para ti el cuidado?

**SG001:** bueno ya creo que te he dicho varias cosas del cuidado, pero, yo lo personal, para mí el cuidado es un acto interrelacionar por excelencia, o sea la manera en que interactuó con el mundo, casi que podría decirte que el cuidado hace parte de la sexualidad humana si, en que son maneras en que nos relacionamos, interactuamos, entendemos, nos emocionamos con los otros, con lo otro. A mí me gusta mucho y no recuerdo quien lo trabaja como teórica la verdad pero dice “ que el cuidado es el acto de reparar y transformar el mundo” pero no recuerdo quien es en este mismo instante, creo que es una profesora de la nacional, creo no sé, pero me parece tan hermoso eso, porque yo si creo que el cuidado es el acto de reparar el mundo en qué sentido, no es ponerse curita tipo Mafalda en el mundo destrozado no, es intentar transformar los elementos que nos hacen tanto daño, esos fenómenos que nos implican tantos dolores como planeta, di tú la violencia, di tu las enfermedades, di tu bueno creo que la violencia es una pandemia es un enfermedad horrorosa, ee di tú la contaminación. Todo esto, son elementos que de alguna forma nos roban bienestar y en esa medida creo que ahí está nuestro acto de reparar el mundo, intentar revertir, intentar cambiar, transformar, modificar las cosas que nos llevan hacia allá, eso para mí es cuidado. Que tiene que ver incluso con la manera con que yo misma me relaciono con el medio ambiente para poder decir si me parece que la contaminación ambiental es un problema en el mundo, que hago yo para relacionarme con este medio ambiente que me ha correspondido cuidar y que de alguna forma puedo transformar, pero ahí está el acto de cuidar, en la medida en que yo lo reflexiono, me preocupo por eso, actuó sobre eso y lo modifico bueno o lo intento modificarlo, porque tampoco vamos a poner que las enfermeras y los enfermeros son los héroes y super heroínas del mundo, simplemente tenemos una responsabilidad que pienso no hemos logrado entender la magnitud de reparar el mundo, porque reparar el mundo es un acto de cuidado esencial.

**LM** ¿tú crees que existen diferencia entre el autocuidado y el cuidado de la salud, porque es algo que surge mucho en los discursos docentes?

**SG001:** Yo creo que el autocuidado es una, bueno el autocuidado es un invento moderno también o sea partamos de ahí, el autocuidado tiene una lógica política muy clara y unos antecedentes políticos de saneamiento muy claros, no solamente de saneamiento sino antecedentes político - económicos muy claros y el cuidado de la salud es otro elemento y eso tiene una lógica mucho más relacionada, mucho más de reparar el mundo. El autocuidado surge, pienso yo como una forma de hacer un descargo del estado sobre los sujetos a los que ya no puede cuidar cuando empiezan las crisis económicas, entonces dice “Ah si usted no se cuida es culpa suya que se enferme”, eso pienso que es el discurso del autocuidado está fundamentado en esa lógica y de por si tú haces un rastreo histórico la idea del autocuidado empieza mucho por ahí, cuando uno empieza a hablar de crisis económicas, entonces que el estado empieza a descargar ciertas de sus responsabilidades en los mismos pobladores, entonces viene todo este discurso no solo del autocuidado si no de emprendimiento y otros discursos que tienen y que consolidan una responsabilidad en el ciudadano o en la persona para asumir algunas cosas que por ende le competían al estado como de primacía. Pero tiene mucho que ver además con la idea de la higiene no, o sea el autocuidado, cuando tú le preguntas a alguien por el autocuidado que todo es alimentación, higiene y no más creo yo, higiene y hábitos saludables si, son como los tres elementos que yo digo, eso no puede entenderse. Cuando uno lee, por ejemplo, el cuidado de sí de Foucault, que es otra cosa completamente distinta y a veces lo quieren poner como sinónimos, pues ahí es donde uno se da cuenta que hablar de autocuidado es consecuente al discurso de una lógica moderna donde nació la enfermería y de una lógica política y económica que mantiene un país como Colombia en salud. Entonces creo que el autocuidado es abismalmente distinto a lo que yo entendería como cuidado de la salud, ahora si quisiéramos hablar de un cuidado propio que es lo que busca en la palabra autocuidado, pensaría yo más en la lógica de Foucault de cuidado de sí, que tiene que ver con el conocimiento, la reflexión y la transformación de sí, la construcción del sí como sujeto humano. Eso es el cuidado de sí y ahí pues obviamente rompe no solamente epistemológicamente sino filosófica, teoría hasta en términos conceptuales rompe con la misma lógica del cuidado. El autocuidado es una lógica básicamente política y económica para pasar o votarle la responsabilidad de cuidado a los sujetos, la responsabilidad de la salud a los mismos sujetos y no más que la responsabilidad, la culpabilización de la no salud en los sujetos humano.

**LM:** ¿Cómo entiendes tú la formación integral de los estudiantes de enfermería, porque es algo muy presente digamos en la misión de la escuela?

**SG001:** sí, es que yo no creo que pueda haber una formación integral, o sea, formar ya implica una ruptura con la idea de la integralidad sí, es como decir, cuál es la lógica de la escuela en términos de integralidad, yo tendría que entender que busca, cuál es el enfermero ideal de la escuela o la enfermera ideal de la escuela y bajo eso es que formamos y esa creo que es mi integralidad sí, pero cuando volvemos al sujeto, pero cuando yo parto del sujeto la integralidad es este sujeto humano y vuelvo e insisto, es tan complejo como sujetos humanos sabemos, entonces cuando uno se para en el sujeto y dice ¿que implica la integralidad?, cuáles son sus saberes, sus emociones, sus paradigmas, sus maneras de ver el mundo de entender-se, de entender-me, de entender el mundo, pues ahí entraría la integralidad, entraría uno a juzgar, más bien entraría uno a comprender que el sujeto no en su totalidad entre comillas totalidad, más bien es su complejidad. Ahora vuelvo e insisto “formar integralmente” no tiene causa, porque yo no sé qué tipo de integralidad esta en mi mente, incluso ética y políticamente para decir que

formo un sujeto integral, yo no formo a nadie, la vida lo forma a él y yo básicamente le doy unas herramientas para que sea un buen profesional, que es distinto a formar integralmente para...si yo quiero formar un sujeto profesional integro o integral preferiría yo llamarlo mejor integro, quiero formar un sujeto profesional integro, ético en las relaciones humanas eso para mí sería formar integralmente entre comillas formar integralmente, para mí sería generar un sujeto profesional integro, que sea ético en sus relaciones personales, vuelvo insisto, el cuidado de relacionarse con el otro y lo integro tiene que ver con una postura ética, no moral, ética, correcta de las maneras en que yo me relaciono con el otro, creo que ahí estaría lo de generar o coadyudar a un profesional integro. Lo de formación integral no creo que sea posible, lo que creo es que hay un ideal de enfermera y ese ideal, bueno volvamos al principio lo que te estaba diciendo hay una rigidez en lo que se considera que es una enfermera o enfermero y esto pues obviamente rompe terriblemente con la idea de integralidad humana.

**LM:** ¿Cómo sería una educación diferente en enfermería una educación que rompa con todo eso, para ti cual sería tu propuesta?

**SG001:** bueno primero tenemos que cambiar, vuelvo e insisto como un paradigma bajo el que nos creamos ese enfermero ideal, esa enfermera ideal porque no existe. Creo que deberíamos partir de considerar formar cuidadores para el mundo, cuidadores y reparadores del mundo y no enfermeros y enfermeras, ya ahí rompería un poco la lógica, yo quiero formar, no más bien, si quiero construir conjuntamente una idea de cuidador en el mundo, pues tengo que pensarme que es lo que necesitamos cuidar y entonces ya no tendría que pensar en saber qué es lo que tengo que cuidar la hipertensión porque es lo que tenemos que cuidar o la diabetes, si no al sujeto humano que en ciertas circunstancias de su vida, de su pensar o de su ser histórico lo llevan a tener algunas vulnerabilidades tanto económicas, sociales, en salud, en enfermedad perdón, políticas, entonces ahí empezariamos entender, a ver al otro, a la enfermería como una cosa distinta, cambiar la lógica de cuidado, que no sea una lógica tan instrumentada, tan... vuelvo e insisto tan de intervenir, pero cada vez incluso estamos estandarizando más el cuidado y la intervención, perdón, el discurso de la intervención, cada vez incluso bajo una lógica de estandarizar, bajo una lógica de generar discursos unificados con el mismo ánimo de hacer ciencia y disciplina, pero claro nos queremos alejar de la disciplina y de la ciencia positivista en la cual queremos estar amparada y esa es la dificultad más grande, o sea tu no puedes “querer ser independiente y seguir viviendo donde papá” algo así o donde mamá en casa de papá y mamá, tienes que salir de ahí, pero nosotros queremos hacer un cuidado distinto a partir de las mismas lógicas que solamente es generación de conocimiento, altamente positivista que se considera una ciencia y un lenguaje estandarizado, pensamiento estandarizado, un método que todos rigurosamente seguimos y hay otra alternativa que es el pensamiento otro, el saber otro al que no hemos podido tocar porque precisamente nos da miedo que tantos años peleando para que nos consideren una profesión, para que nos consideren una ciencia, como para devolvernos otra vez a lo que algunos consideran un pensamiento más arraigado, más tradicional, tradicional en qué sentido pues más de raíces, raíces nuestras, colombianas, o de nuestras raíces boyacenses incluso, de entender como repara el mundo la gente para ayudarlo a reparar y no para intervenir en su reparación, para acompañar los procesos de salud y no simplemente para curar enfermedades, pero si habría que partir en cambiar la lógica y ahí esta la gran pelea, la epistemología de enfermería, desde donde nos pensamos, desde donde construimos y desde donde pensamos que podemos construir.

Yo siempre he pensado que la enfermería tiene un campo altísimo de acción, si deja de querer considerarse o alcanzar el nivel de lo que la ciencia entre comillas, muy moderna, muy colonial nos propone, tendría que darse el reto de querer perder su estatus y para querer perder su estatus, pues tu sabes que nadie quiere perder estatus, antes lo contrario quiere seguir ganando,

manteniendo, preservando, pero yo si creo que la única forma de es perderse un poco para reencontrarse, de pronto como una disciplina más humana, no como algo de la ciencia y la salud, una disciplina más social, una disciplina como algo que nos. Además que el actuar profesional no lleva siempre ahí, a entendernos como una ciencia humana y social más que como una ciencia de la salud, por lo tanto pasarnos de un paradigma a otro de manera transcendental, pero si no nos damos la pela de perdernos digo yo, de equivocarnos incluso en estas generaciones, de querer borrarlos un poco, incluso ya agradecerle a Nightingale que nos haya hecho el favor de ponernos en el mundo, de ponernos en la agenda, en la visión del mundo que nos muestre que nos haya hecho, agradecerle eso pero también, desaprender de ella, alejarnos de ella un poco, volver a intentar descubrir que es lo que realmente queremos ser y queremos entender para contribuir al mundo y ahí vuelvo e insisto es la misma practica que todos los días nos lleva y nos convoca que nosotros no somos una ciencia de la salud, por lo tanto a ese modelo biomédico y positivista no nos compete, no nos corresponde y el día que entendamos eso, que nuestra epistemología esta en otro lado, que nuestras lógicas están en otro lado y que no nos de miedo perder el estatus científico que nos da el hecho de ser biomédicos positivistas, ese día quizá podamos comprender una enfermería distinta, obviamente una enseñanza, una pedagogía, elementos distintos profesionales y de educación. Bueno y también alejándonos de las mismas retóricas positivistas que se han trasladado a las ciencias humanas y las ciencias sociales no, porque no quiere decir que por ser ciencias humanas y ciencias sociales están en el limbo, ino!... de la no ciencia, no es la no ciencia, de la otra forma de construir conocimiento, pienso pues que tampoco es la idea que quiero traer, que edemas podríamos estar dándonos la pela de entender las ciencias sociales y humanas de manera distinta, más porque nosotros como ningún otro profesional en el mundo, creo que hemos entendido los momentos más humanos de los sujetos, que son los dolores, las perdidas, como las mayores vulnerabilidades las tocamos los enfermeros y las enfermeras, tocamos el mayor grado de humanidad y pienso que ahí podríamos estar aportando cosas chéveres.

**LM:** ¿finalmente hay algo que quisieras comentar o añadir?

**SG001:** ¿respecto a?, ¿esto? No, catártico, chévere, rico hablar sobre el asunto, ¿difícil no? porque además nos pone a hablar sobre esto, es chévere, pero todos los días nos pone sobre el reto ¿y qué?, si y pues tu me ves acá sentada, en las cuatro paredes en un edificio antiguo de salud, la bata blanca atrás, bueno ves ¿entiendes? como que la dinámica social y el movimiento del mundo lo lleva a uno siempre a lo mismo así uno quiera deshacerse de alguna cosa y créeme que no es fácil porque algunas personas dicen: y es que usted dice una cosa, su discurso dice una cosa y su actuar es otro y uno se pone a pensar y uno dice bueno si claro uno todos los días hace reflexiones de sus incoherencias, no solamente en el trabajo si no en la vida misma. Y sí, pero es que jugarse todos los días el pellejo también es difícil, además en un sistema educativo como el de Colombia, en un sistema de salud. Además pienso yo que como profesionales y como docentes de enfermería estamos en un doble juego y es que estamos en dos de los sistemas más grandes del país, de los más importantes y de los más destruidos y de los menos contruidos algo así, de los más destruidos, de los más perversos, de los más manipuladores que es la salud y la educación, entonces dime tu ¿cómo uno de juega a diario con esto?, pues por eso digo yo que jugarse los pellejos a diario es muy duro y a veces uno intenta ser otro distinto en sus clases, en el contacto con sus compañeros y en el contacto con sus estudiantes y bueno, la lógica es mucho más fuerte, primero porque hay una lógica patriarcal muy clara y cuando tu llegas a hablar de derechos de género, hombres y mujeres distintas, entonces o eres lesbiana o eres una feminista o femi-nazi me escriben en las evaluaciones los estudiantes, o sea y créeme que además es muy chocante, porque ellos creen que escribirte eso pasa de largo no, no o sea cuando uno está en esta lógica esto lo toca, entonces uno empieza a decir como disminuir la reticencia del

estudiante, me toca disminuir mi discurso feminista para poder lograr entrar a los estudiantes y que entiendan y comprendan y empiecen a entender también desde donde les estoy hablando, cual es mi lugar de enunciación para que no me juzguen, para que no se cierren y para que les de ganas de aprender conmigo y eso es un juego muy difícil, o sea créeme que a veces uno se agota. Yo estoy cansadísima de algunas cosas de aquí, pero bueno, yo digo si aquí estoy es por algo ¿no?, ya que estoy aquí me quedo como hace un político. Gracias.

**Anexo 9. Árbol de revisión bibliográfica**

Base de datos	Ecuación	# de Títulos identificados	Aplicación de filtros (SI/NO )...	# Títulos después de aplicar filtros	# Excluidos	# Títulos elegibles	# Excluidos	# Resúmenes elegibles	Duplicados
			¿Cuáles?						
CUIDEN	Cuerpo y cuidado	16	No	16	0	16	15	1	13
	enfermería y cuerpo	24	No	24	0	7	6	1	
	Discurso y cuerpo	5	No	5	0	4	4	1	
HUMANITIES	Body and nursing	18	No	18	0	7	7	0	
	Care and body	39	No	39	0	5	4	1	
REDALYC	enfermería y cuidado	17	Sí, enfermería	17	10	7	5	2	
	Cuerpo y cuidado	11	No	11	3	8	7	1	
CLACSO	Cuerpo y cuidado	44	No	44	40	4	3	1	
GOOGLE ACADEMICO	Cuerpo y cuidado	128	Sí, enfermería	128	100	28	25	3	
SCIELO	Cuerpo y discurso	263	Sí, ecuación enfermería, filtro tipo de literatur	63	48	15	14	1	

			a					
	discurso y cuidado	82	Si, idioma ingles	26	25	6	19	6
	Enfermería y cuidado	0	Si, ecuación discurso	24	19	4	15	4
ENFERMERÍA AL DÍA	Cuerpo y cuidado	0	Si, ecuación	1	1	0	0	0
	Discurso y cuerpo	3	Si, tipo de documento	3	3	0	0	0
	Enfermería y cuidado	0	Si, idioma ingles	0	0	0	0	0
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA (repositorio)	Cuerpo y cuidado	1758	Si, filtros por facultades	17	15	2	0	2
	Discurso y enfermería	134	si, salud	43	43	0	0	0
	Discurso y cuidado	315	Si, solo descriptor enfermería	5	5	0	0	0
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA (repositorio)	cuidado y cuerpo	19	Si, enfermería	2	18	3	1	2
CINDE (Repositorio)	discurso y cuerpo	3	No	2	1	2	0	2