

Mediación Vinculante en la Edificación Sexual:
Un Concepto de Cuidado de la Sexualidad Humana en Enfermería.

Rosa Amelia Estrada Acuña

Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería
Medellín
2017

**Mediación Vinculante en la Edificación Sexual:
Un Concepto de Cuidado de la Sexualidad Humana en Enfermería.**

Rosa Amelia Estrada Acuña

Trabajo de grado para optar al título de Doctora en Enfermería

Asesoras
Clara Victoria Giraldo Mora
Profesora Asociada de la Universidad de Antioquia.
Doctora en Medicina Social

María Angélica Arzuaga Salazar
Profesora Titular de la Universidad de Antioquia.
Doctora en Enfermería

Universidad de Antioquia
Facultad de Enfermería
Medellín
2017

Nota de aceptación

Directora

Directora

Jurado

Jurado

Jurado

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a todos los seres humanos que en busca de respuesta para construir su sexualidad, encuentran el secreto que encierra la luz, el agua, el aire y la roca. También a mi esposo, padres, familiares y amigos que estuvieron conmigo durante este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

Lista de tablas	9
Lista de figuras	10
Lista de anexos	11
RESUMEN	12
MOTIVACIÓN	14
1. INTRODUCCIÓN	15
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
2.1 Aspectos teóricos en el cuidado de la sexualidad humana	19
2.2 Aspectos prácticos en el cuidado de la sexualidad humana	22
3. PREGUNTA Y OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN	27
4. JUSTIFICACIÓN	29
5. MARCO CONCEPTUAL	33
5.1 Referentes para el desarrollo de conceptos en la disciplina de enfermería	33
5.1.1 Aspectos filosóficos en el desarrollo de conceptos en enfermería	33
5.1.1.1 La teoría de entidades	40
5.1.1.2 La teoría de las disposiciones	42
5.1.2 Desarrollo de Conceptos en Enfermería.	43
5.1.3 Metodologías usadas para el análisis y desarrollo de conceptos en la disciplina de enfermería	46
5.2 Referentes disciplinares: ontoepistemología y jerarquía de la estructura de conocimiento en enfermería	51
5.2.1 Metaparadigma de Enfermería	54
5.2.1.1 Ser humano	54
5.2.1.2 Cuidado de Enfermería	57
5.2.1.3 Medio ambiente	62
5.2.1.4 Salud - Enfermedad	66
5.2.2 Visiones del mundo en la disciplina de enfermería	71
5.2.2.1 Visión de reacción o particular determinística	72
5.2.2.2 Visión de interacción recíproca o interactiva-integrativa	73

5.2.2.3 Visión de simultaneidad o unitaria transformativa	74
5.2.3 Patrones de conocimiento como sustento teórico en la disciplina de enfermería	75
5.2.3.1 Patrón Personal	77
5.2.3.2 Patrón Estético	78
5.2.3.3 Patrón Ético	79
5.2.3.4 Patrón Empírico	80
5.2.4 Roles desempeñados por los profesionales de enfermería	81
5.2.4.1 Rol de investigador	81
5.2.4.2 Rol docente o educador	82
5.2.4.3 Rol de asistencia directa	82
5.2.4.4 Rol en gestión del cuidado	83
5.2.5 Desarrollo de conocimientos en la disciplina de Enfermería	83
5.2.5.1 Los modelos conceptuales	84
5.2.5.2 Las teorías de Enfermería	85
5.2.5.3 Indicadores empíricos	85
5.2.5.4 Micro-teorías	86
6. DISEÑO METODOLÓGICO	88
6.1 ELECCIÓN DE LA TEORÍA FUNDAMENTADA CLÁSICA COMO METODOLOGÍA INVESTIGATIVA	88
6.2 ASPECTOS RELEVANTES EN LA TEORÍA FUNDAMENTADA CLÁSICA	93
6.2.1 La finalidad de la teoría generada	93
6.2.1.1 Teorías sustantivas	94
6.2.1.2 Teorías formales	94
6.2.2 Las corrientes teóricas que acompañan la Teoría Fundamentada Clásica	96
6.2.3 Los datos y su recolección	98
6.2.3.1 Recolección de datos proveniente de los participantes	99
6.2.3.2 Recolección de los datos que proviene de la literatura	101
6.3 ELEMENTOS A TENER EN CUENTA PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS EN TEORÍA FUNDAMENTADA CLÁSICA	103
6.4 EL ENCUENTRO CON LOS DATOS	106
6.4.1. Criterios de inclusión	107

6.4.2 Recolección de los datos	108
6.4.2.1 Datos provenientes de los participantes	108
6.4.2.2 Datos provenientes de la literatura u otras fuentes	111
6.4.3 Análisis de los datos	112
6.4.3.1 Códigos Sustantivos: la codificación abierta	112
6.4.3.2 Códigos Sustantivos: la codificación selectiva	115
6.5 EL RIGOR METODOLÓGICO	119
6.5.1 Comparación constante	119
6.5.2 Sensibilidad teórica	120
6.5.3 Reflexividad	121
6.5.4 Muestreo teórico	123
6.5.5 Saturación teórica	124
6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA INVESTIGACIÓN	126
6.6.1. Principio de respeto a la autonomía	127
6.6.2 Principio de justicia	127
6.6.2.1 Riesgos	128
6.6.2.2. Beneficios	128
6.6.3 Principio de beneficencia no maleficencia	129
6.6.3.1 Beneficios directos	130
6.6.3.2 Beneficios indirectos	131
7. RESULTADOS DEL PROCESO INVESTIGATIVO	132
7.1 RECONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES	132
7.2 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS	134
7.2.1 Resultado de los análisis en la codificación abierta	135
7.2.2 Resultado de los análisis en la codificación selectiva.	138
7.3 MEDIACIÓN VINCULANTE EN LA EDIFICACIÓN SEXUAL: UN CONCEPTO DE CUIDADO DE LA SEXUALIDAD HUMANA	152
7.3.1 PROPIEDAD: INTERACCIONES VINCULANTES	152
7.3.1.1 Conectividad atrayente	153
7.3.1.2 Creación de ambientes vinculantes	156
7.3.1.3 Custodiar lo íntimo	157
7.3.1.4 Magnetismo fluido de vivencias	162

7.3.1.5 Comunicabilidad trascendente	163
7.3.1.6 Erotismo: placer de vincularse	169
7.3.2 PROPIEDAD: MEDIACIÓN EN LA EXPERIENCIA SEXUAL	171
7.3.2.1 Cuidado a la medida del ser humano	172
7.3.2.2 Particularidades del cuidador	185
7.3.2.3 Expresiones artísticas dirigidas al cuidado	203
7.3.2.4 Cuidado Edificante	222
7.3.3 PROPIEDAD: CONSTRUCCIÓN SEXUAL	229
7.3.3.1 La sexualidad como un cosmos	232
7.3.3.2 Conocimiento de sí, conocimiento sexual	234
7.3.3.3 Afirmar el auto-direccionamiento	239
7.3.3.4 Concebirse, crearse y recrearse	245
7.3.3.5 Autorrealización	251
7.3.4 CATEGORÍA ASOCIADA A LA CATEGORÍA CENTRAL: TENSIÓN INARMÓNICA EN EL CUIDADO SEXUAL	259
7.3.4.1 PROPIEDAD: Enfermedad como alternativa vivencial-sexual	261
7.3.4.2 PROPIEDAD: Disonancias del cuidado sexual	265
7.3.4.3 PROPIEDAD: Presión cultural a la naturaleza sexual	269
7.3.5 Definición del concepto: Mediación vinculante en la edificación sexual	272
8. CONTRIBUCIONES EPISTEMOLÓGICAS A LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA PROVENIENTE DEL CONCEPTO DE CUIDADO DE SEXUALIDAD HUMANA	276
8.1 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA AL MARGEN DEL CUIDADO DE LA SEXUALIDAD	276
8.1.1 Ser Humano	276
8.1.2 Cuidado de Enfermería	277
8.1.3 Medio ambiente	277
8.1.4 Salud Enfermedad	278
8.2 VISIONES DEL MUNDO VINCULADAS EN EL CONCEPTO CUIDADO DE LA SEXUALIDAD	278
8.3 PATRONES DE CONOCIMIENTO DE ACUERDO AL CONCEPTO CUIDADO DE LA SEXUALIDAD	280
8.3.2 Patrón Artístico	282
8.3.3 Patrón Personal	283

8.3.4 Patrón Ético	284
8.3.5 Patrón Empírico	286
9. CONCLUSIONES	289
9.1 APORTES DE LA INVESTIGACIÓN A LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA Y LA SOCIEDAD	290
9.1.1 Aportes al desarrollo teórico	290
9.1.2 Aportes al desarrollo de las prácticas	291
9.1.3 Aportes en la formación de profesionales	292
9.1.4 Aportes a la transformación de políticas en salud sexual	293
9.1.5 Aportes al desarrollo investigativo	295
10. RECOMENDACIONES	296
11. AGRADECIMIENTOS	298
REFERENCIAS	299
ANEXOS	323

Lista de tablas

Tabla 6.1. Formato para codificación.

Tabla 7.1 Categorías conceptuales.

Tabla 7.2 Lista de Categorías conceptuales redefinidas.

Tabla 7.3 Lista de Categorías conceptuales redefinidas.

Tabla 7.4 Incidentes relacionado con la propiedad Interacciones vinculantes.

Tabla 7.5 Datos integrados la propiedad Interacciones vinculantes.

Tabla 7.6 Incidentes relacionado con la propiedad mediación en la experiencia sexual.

Tabla 7.7 Datos integrados la propiedad Mediación en las expresiones sexuales.

Tabla 7.8 Incidentes relacionado con la propiedad construcción sexual.

Tabla 7.9 Datos integrados la propiedad construcción sexual.

Tabla 7.10 Incidentes relacionado con la con la categoría asociada la categoría central: tensión inarmónica en el cuidado sexual.

Tabla 7.11 Datos integrados en la categorías tensión inarmónica en el cuidado sexual.

Lista de figuras

Figura 6.1 Los datos en Teoría Fundamentada Clásica.

Figura 6.2 Códigos sustantivos: codificación abierta.

Figura 6.3 Códigos sustantivos: codificación selectiva.

Figura 7.1. Descripción de los participantes.

Figura 7.2. Mapa conceptual de la entrevista.

Figura 7.3. Análisis hacia una categoría central potencial.

Figura 7.4. Generación de la Categoría central.

Figura 7.5. Síntesis del concepto Mediación vinculante en la edificación sexual.

Figura 7.6. Elementos que integran las interacciones vinculantes.

Figura 7.7. Elementos centrales en la construcción de confianza.

Figura 7.8. Elementos que integran la mediación en la experiencia sexual.

Figura 7.9. Elementos presentes en el cuidado.

Figura 7.10. Espacios interno y externo en el ser humano.

Figura 7.11. Elementos implicados en la construcción de la experticia.

Figura 7.12. Elementos que integran la construcción sexual

Figura 7.13. Elementos que aporta a la concebirse y transformarse

Figura 7.14. Elementos presentes en la autorrealización.

Figura 7.15. Propiedades que integran la tensión inarmónica en el cuidado sexual.

Figura 7.16. Elementos que integran la mediación vinculante en la edificación sexual.

Lista de anexos

Anexo 1. Auto-biografía sexual: experiencias interiores vitales que me llevaron escoger el tema de la sexualidad.

Anexo 2. Análisis de los datos en teoría fundamentada clásica.

Anexo 3. Invitación a participar de la investigación.

Anexo 4. Copia de acta del comité de ética.

Anexo 5. Consentimiento informado.

Anexo 6. Preguntas para la entrevista abierta.

Anexo 7. Transcripción de una entrevista.

Anexo 8. Mapas conceptuales de 11 entrevistas.

Anexo 9. Modelo de codificación abierta.

Anexo 10. Lista de categorías conceptuales.

Anexo 11. Modelo de memorando.

Anexo 12. Ficha de información asociada a la categoría central integrada a los memorandos.

Anexo 13. Modelo de notas en la integración de categorías.

Anexo 14. Algunos ejemplos de Innovaciones creativas

RESUMEN

Siendo la sexualidad una vivencia propia del ser, su cuidado representa un asunto importante. Actualmente, el concepto, cuidado de la sexualidad humana, en la enfermería es limitado. El objetivo de la investigación fue desarrollar un concepto de cuidado de la sexualidad humana para la disciplina de enfermería a partir del proceso de atención a los seres humanos. Se implementó teoría fundamentada desde la perspectiva clásica. Se realizaron 17 entrevistas abiertas. Los participantes fueron elegidos usando muestreo teórico, eran profesionales de enfermería, hombre y mujeres, expertos en el cuidado de la sexualidad, con edades entre 28 y 59 años, experiencia profesional de seis y 30 años, en áreas administrativa, clínica, docencia y comunitaria. De acuerdo con la categoría central, el concepto se definió como: una mediación vinculante en la edificación sexual; esta se fundamenta en tres aspectos, primero, la interacción vinculante entre profesional de enfermería y seres humanos cuidados, segundo, la mediación que realizan los profesionales en busca de una experiencia sexual acorde a las expectativas íntimas de cada ser y tercero, la construcción sexual, que incluye elementos conocible e incognoscible que integra la totalidad del ser. Como conclusión, en el cuidado de la sexualidad la relación profesional de enfermería - ser humano, se proyecta como flujo de intercambio propiciando la transformación de ambos, como respuesta a la búsqueda de una edificación de sí mismo cada vez más trascendente, donde se abren posibilidades hacia un diálogo que sobrepasa lo corpóreo y conecta lo íntimo de cada ser humano, permitiendo su edificación.

Palabras claves: Mediación vinculante, cuidado de la sexualidad, edificación sexual, patrón intuitivo, teoría fundamentada.

ABSTRACT

Sexuality is an fundamental experience of being, its care represents an important issue. Currently, the concept, care of human sexuality, in nursing is limited. This research aims to develop a concept of care of human sexuality for the nursing discipline during attention of human beings. We used grounded theory, implemented from classical perspective. 17 open interviews were conducted. The participants were chosen through theory sampling. They were nursing professionals, men and women, experts in the care of sexuality, aged between 28 and 59 years, professional experience of six and 30 years, in administrative, clinical, teaching and community areas. According to core category, the concept is defined as: a binding mediation in sexual edification; there is based in three aspects, first, the binding relationship between nursing professionals and human beings, second, the mediation performed by professionals in search of a sexual experience according to intimate expectations of each being and third, the sexual construction, which includes knowable and unknowable elements that integrate the totality of being. In conclusion, for the care of sexuality, the professional relationship of nursing-human being, is projected as the flow of exchange, propitiating the transformation of both, as a response to search for an increasingly transcendental construction of itself, where possibilities open up to a dialogue that goes beyond the corporeal and connects intimacy of each human being, allowing its construction.

Keywords: Binding mediation, sexual care, sexual edification, intuitive pattern, grounded theory.

MOTIVACIÓN

*Si al sentir el viento navegar por tu cuerpo, te despiertas.
No temas bien amada en preguntarte
¿Qué es esto Amor o Sexo?.
Por el Amor se crean los mundos
Y a través del Sexo los hombres.
¡Oh sexo, fuerza divina!
Nos igualas a dioses.
Nos permite crear nuevos cuerpos.
Y solo el Amor completa la gran obra,
Cuando a través de su suave brisa
Siembra el alma.
(Rosa Amelia Estrada)*

1. INTRODUCCIÓN

La sexualidad es inherente al ser humano y lo acompaña en durante toda su existencia, esta forma parte de su integralidad y le permite expresarse en el mundo de forma particular [1]. El cuidado de la sexualidad ha estado regido por normativas y legislaciones tanto nacionales como internacionales, donde se propone un cuidado estandarizado y principalmente circunscrito en lo biológico, con especial interés en situaciones, eventos o enfermedades que limitan el funcionamiento corporal [2]. Las políticas de salud que hacen referencia a la sexualidad, suelen estar fundamentadas en la prevención del embarazo adolescente, la prevención de la propagación de Virus de Inmunodeficiencia humana VIH, y la prevención de muertes por Síndrome de Inmuno deficiencia adquirida SIDA [3]. No obstante, la sexualidad es un asunto que sobrepasa lo biológico y patológico, revelándose como una forma en la cual el ser humano declara su construcción y afianza la toma decisiones.

Al ser la sexualidad un asunto propio del ser humano y una forma a través de la cual este se proyecta en el mundo, su cuidado se vislumbra como un evento importante que debe ser tenido en cuenta, por tanto, los profesionales de enfermería logran advertir la importancia de este tema durante la atención que realizan, razón por la cual, suelen emprender acciones a través de las cuales se incluya el cuidado de la sexualidad, con el propósito, que el ser humano logre expresarse y construir [1]. No obstante, en cuanto a la conceptualización teórica que guíe a los profesionales de enfermería en el cuidado de la sexualidad, la disciplina de enfermería ha tenido un desarrollo limitado, centrado sustancialmente en aspectos biológicos [3].

Es así como, desarrollar un concepto de cuidado de la sexualidad partiendo de la interacción entre el profesional de enfermería y el ser humano, ofrece soporte científico proveniente de la práctica, que irá a fortalecer el acervo de conocimiento sobre el cual se sustentan los profesionales de la disciplina para brindar cuidado [4]. La importancia que tiene para la disciplina la generación de conocimiento propio que surja de la praxis y la realidad, promovió el desarrollo de esta investigación.

Para desarrollar este proceso investigativo se utilizó una metodología cualitativa, que posibilita el desarrollo de conceptos, para lo cual se implementó la Teoría Fundamentada desde la perspectiva Clásica (TFC) propuesta por Barney Glaser [5]; utilizando entrevistas abiertas se realizó un análisis conceptual de los datos emergiendo la categoría central, en cuyo caso corresponde al concepto: cuidado

de sexualidad en la disciplina de enfermería, siendo este el objetivo de esta investigación.

La investigación consta de diez capítulos. En el presente capítulo (primero), se realiza una introducción a la temática, indicando los aspectos generales que se desarrollaran a lo largo del documento escrito. En el segundo capítulo se aborda la problemática existente tanto en los aspectos prácticos [6] como los teóricos [7,8], en relación con los limitantes conceptuales existentes como sustento para el cuidado de la sexualidad humana. En el tercero, se plantea la pregunta de investigación y el objetivo desarrollado durante la investigación.

En el cuarto capítulo se expone la justificación de la presente investigación, registrando los beneficios que esta presentará para la disciplina de enfermería y en especial para el ser humano [9]. Con el quinto se desarrolla el marco conceptual, de la investigación, en este se fundamenta el desarrollo del concepto cuidado de la sexualidad humana partiendo del proceso de atención que realizan los profesionales de enfermería enmarcado en la disciplina. Para lo cual se revisan los referentes para el desarrollo de conceptos en la disciplina de enfermería [4] y los referentes disciplinares: ontoepistemología y jerarquía de la estructura de conocimiento en enfermería [10].

El sexto capítulo contiene el diseño metodológico aplicado en esta investigación, el fundamento teórico que guió el estudio; este capítulo incluye la elección del método, los aspectos relevantes de la TFC [11], la descripción del análisis, el rigor metodológico de esta investigación [12] y las consideraciones éticas [13].

En el séptimo capítulo se presentan los resultados obtenidos durante el proceso de análisis de los datos, incluyendo la explicación teórica del concepto de cuidado de la sexualidad humana que emergió en el proceso investigativo.

Con el octavo capítulo se reportan las contribuciones a los aspectos epistemológicos de la disciplina de enfermería tanto en el metaparadigma como en las visiones y los patrones de conocimiento, surgidos con el desarrollo del concepto. En el noveno capítulo se presentan las conclusiones de la investigación y las contribuciones del concepto desarrollado a la teoría, práctica, formación académica de los profesionales, investigación en enfermería y políticas de salud sexual. Finalmente, en el décimo capítulo se presentan las recomendaciones de la investigación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Disciplina de enfermería busca cuidar a los seres humanos durante su experiencia de vida [6][14]. Si tenemos en cuenta que la sexualidad es un asunto implícito del ser humano durante toda su existencia, logramos vislumbrar la importancia de este tema durante la atención que los profesionales de enfermería realizan [9].

El ser humano es un ser sintiente [15] y relacional, que posee una esencia, cualidades, atributos y pertenece a un tiempo y un lugar [16]. Este ser humano está en constante cambio y transición, lo que le imprime dinamismo, flexibilidad y particularidad [17]. Esta experiencia transitoria e individual que implica vivir, exige transformaciones constantes en la forma como se brinda cuidado.

Siendo el cuidado el eje central de la disciplina de enfermería [18], es considerado una interacción recíproca entre el profesional de enfermería y los seres humanos cuidados, ambos inmersos en las experiencias de vida, seleccionan e implementan acciones que buscan armonizar y proteger la dignidad e integridad humana [19].

El cuidado de enfermería suele estar sustentado en el ser humano, visto como ser único, así como, en el aprendizaje práctico y en los conocimientos científicos y humanísticos que poseen o adquieren los profesionales de enfermería [20][21]. Al estar el cuidado fundamentado en el ser humano, este último le transmite su dinamismo, flexibilidad y particularidad, lo que implica que el cuidado de enfermería está en constante transformación, integrando procesos prácticos que se superponen con los conocimientos teóricos existentes en la disciplina [22].

Así mismo, los conocimientos teóricos soportan el que-hacer y realimentan la práctica en la disciplina, orientando a los profesionales de enfermería sobre situaciones de cuidado que puedan ser complejas [17]; estos conocimientos tienen como bases fundamentales los conceptos, los cuales, durante los procesos investigativos afloran, permitiendo identificar la esencia, naturaleza y atributos de los fenómenos relacionados con el cuidado [23].

Los conceptos han sido reconocidos por diversos teóricos de diferentes maneras, algunos los identifican como ideas abstractas que proviene de la mente y el pensamiento humano, otros plantean que son símbolos de los acontecimientos

que componen un fenómeno, también, como entidades del lenguaje, indicando un término o etiquetas, o presentados como hábitos o capacidades para realizar ciertas acciones o comportamientos. Independiente de las diferentes posturas teóricas o filosóficas el consenso general frente a los conceptos es la estrecha relación que tienen con el desarrollo de conocimiento, pues estos son considerados los bloques con los que se construyen las teorías [23].

Los investigadores en enfermería, también identifican los conceptos como las bases en la generación de teoría para la disciplina, estos están vinculados a la práctica y surgen de la experiencia vivida por los profesionales de enfermería durante el proceso de cuidado, lo que indica que la práctica sirve como guía para el desarrollo de conocimiento; los conceptos son una conjunción entre las ideas, la experiencia práctica sensorial o reflexiva y las corrientes de pensamiento con la cual se estudia un fenómeno [4]. En otras palabras anclan el pensamiento y la experiencia del cual este emerge [24].

En el desarrollo de conceptos el lenguaje representa un papel importante, al permitir que sean accesibles y comunicables, dejando dilucidar como estos pasan durante los procesos investigativos de la experiencia a la mente y de la mente a símbolos reconocibles que permite su difusión, explicación y mejor comprensión [24] [23].

Los conceptos ayudan a expandir y desarrollar el acervo de conocimientos que realimentan la práctica, y ofrecen a los profesionales de enfermería la posibilidad de ser reflexivos mediante el manejo de una gama de elementos intelectuales que propicien el mejoramiento o la creación de nuevas habilidades para el cuidado, las cuales acompañadas por los sustentos teóricos alejan la práctica de acciones mecánicas e impulsivas [17] [4].

El desarrollo de conceptos también proporciona continuidad e identidad a una disciplina, procurando modelar los problemas o fenómenos relevantes que en ella puedan presentarse [25]. La elaboración de conceptos para la disciplina de enfermería es importante, pues dan cuenta del desarrollo académico, con lineamientos científicos sobre los cuales se basan la práctica o el que-hacer de enfermería indicando, cómo, cuándo, dónde, porqué y de qué forma enfrentarse a situaciones de cuidado [26][27].

Con estas bases científicas construidas a través del desarrollo de los conceptos, los profesionales de enfermería buscan mantener y mejorar la salud de los seres humanos. Sin la existencia de conceptos propios, la identidad, actuación

profesional y el reconocimiento social de la disciplina podría estancarse o incluso declinar [19]. Es así como, el desarrollo de conceptos, se torna en una actividad científica necesaria y adscrita al desarrollo teórico en la disciplina de enfermería [4,23].

En la disciplina de enfermería el desarrollo de conocimientos se encuentra agrupado en componentes de la estructura jerárquica (metaparadigma, modelos conceptuales, teorías, Indicadores empíricos y micro-teorías) [28]; están fundamentados en conceptos que los definen, amplían y clarifican, ofreciendo una base científica a las acciones realizadas por los profesionales de enfermería, que mantienen o mejoran la vida de los seres humanos que cuidan [19].

Si bien el desarrollo teórico de enfermería se ha realizado gradualmente, esta al ser una disciplina joven y dinámica, aún está incluyendo en su desarrollo teórico elementos relevantes para el cuidado de los seres humanos, como ejemplo de esto tenemos algunos asuntos relacionados con la sexualidad de los seres humanos, si bien en la disciplina se ha realizado investigación relacionada con el tema, aún no se ha desarrollado un concepto del cuidado de la sexualidad de los seres humanos, sustentado en los momentos de cuidado[29] [10] [30].

Así que, conocer sobre el cuidado de la sexualidad que se realiza a los seres humanos durante el proceso de atención resulta ser un fenómeno de interés y relevancia, más aún cuando al indagar sobre el concepto cuidado de la sexualidad en la disciplina de enfermería encontramos que su desarrollo sigue siendo limitado, lo cual se ve reflejado tanto en lo teórico como en lo práctico.

2.1 Aspectos teóricos en el cuidado de la sexualidad humana

Con respecto al desarrollo teórico y teniendo en cuenta la estructura jerárquica de conocimiento que propone Fawcett para la enfermería, encontramos que actualmente no se cuenta con un modelo o teoría proveniente de la disciplina de enfermería que aborde el cuidado de la sexualidad de forma específica; sólo dos teóricas de la disciplina que han desarrollado modelos conceptuales y teorías generales donde incluyen aspectos relacionados con la sexualidad, estas la retoma de forma explícita y como parte de su desarrollo teórico, así, Dorothy Johnson en su teoría de Modelos de sistema conductual, describe la sexualidad como un subsistema [26] y Jean Watson en su teoría de Filosofía y ciencia del cuidado, habla de la sexualidad como una necesidad psicosocial de orden menor

[26].

Si bien estas teóricas incluyen la sexualidad como parte de los conceptos en sus teorías, allí es vista como una necesidad del ser humano que debe suplirse, [26,27][31,32][18][33] y no como una parte fundamental de este, que lo acompaña durante su existencia. Si tenemos en cuenta que la vivencia plena de la sexualidad, es un factor determinante en el nivel de salud y de bienestar [34][1][35][36][37] por ser un asunto inherente a los seres humanos a través del cual expresamos todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos, podemos apreciar que las visiones planteadas por las anteriores teoristas sobre la sexualidad y el cuidado de esta, no permiten que se dilucide como un elemento fundamental de la existencia humana, sino como un evento suplementario; tampoco se encuentra en los supuestos teóricos propuestos por estas representantes de la disciplina una vinculación directa entre el cuidado y la sexualidad.

En la disciplina de enfermería existen conceptos teóricos que pueden ayudar en el cuidado de la sexualidad humana, entre los cuales encontramos algunas teorías de mediano rango como la auto-eficiencia, la autotrascendencia y las relaciones interpersonales [38–40], de igual modo, el concepto de relaciones interpersonales perteneciente al modelo teórico propuesto por Hildegard E. Peplau, que plantea la importancia de las relaciones interpersonales y las relaciones terapéuticas en el mantenimiento de la salud y cuidado del bienestar humano; no obstante, ninguno incluye ni la sexualidad, ni el cuidado de esta como un foco de interacción importante que permita fomentar la salud y el bienestar de los seres humanos [26] [41].

De otra parte, los indicadores empíricos que siguen en el orden jerárquico en la construcción de conocimientos a los modelos y las teorías, nos presentan un desarrollo teórico restringido cuando hacen referencia al cuidado de la sexualidad humana, pues aun en sus clasificaciones más utilizadas tales como North America Diagnosis Nursing Association (NANDA), (Nursing Outcomes Classification) NOC y (Nursing Intervention Classification) NIC; empleadas en el proceso de atención de enfermería, se enfocan principalmente en el funcionamiento sexual, la prevención de enfermedades o infecciones sexuales y la reproducción [42]. Como ejemplo de ello, encontramos que la (NANDA) de los 238 diagnósticos aprobados para el 2015-2017, sólo reporta dos diagnósticos que hacen referencia a lo sexual “la disfunción sexual y el patrón sexual ineficaz”, enfocados principalmente en aspectos biológicos y patológicos relacionados con la sexualidad [42].

Otro ejemplo lo encontramos en el (NIC), con 554 intervenciones de cuidado

descritas, en las que aparecen el “asesoramiento sexual, manejo de conducta sexual, enseñanza sexual y enseñanza de relaciones sexuales seguras” como las intervenciones respectivas a la sexualidad. Se puede resaltar que a excepción del asesoramiento sexual, las otras intervenciones se encuentran circunscritas en lo biológico, la prevención de patologías asociadas a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y actividades delimitadas a la prevención del embarazo no planeados especialmente en la etapa de la adolescencia. Además, la intervención “manejo de conducta sexual” definida como la “delimitación y prevención de conductas sexuales socialmente inaceptables”, deja ver un enfoque restrictivo del comportamiento sexual, en el que se plantea el control social de las conductas previstas como sexualmente inapropiadas de acuerdo al contexto. Lo anterior permite identificar las limitaciones teóricas que tiene la disciplina de enfermería en relación a las actividades teóricas que han sido propuestas para el cuidado de la sexualidad [43].

También en el NOC, otro indicador importante para la disciplina de enfermería que tiene 491 resultados esperados de las intervenciones realizadas, encontramos cinco que se asocian a la sexualidad: “funcionamiento sexual, conocimiento del funcionamiento sexual, funcionamiento sexual durante el embarazo y el puerperio, recuperación tras el abuso sexual e identidad sexual”, de estos sólo dos incluyen algunos indicadores relacionados con aspectos psicológicos de la sexualidad, los otros se centran fundamentalmente en el funcionamiento fisiológico de lo sexual [44].

Otro desarrollo teórico utilizado para la valoración de los seres humanos en la disciplina de enfermería son los Patrones Funcionales propuestos por Marjory Gordon, de los once patrones existentes, el noveno ha sido denominado patrón de sexualidad-reproducción, usado en ocasiones para la valoración de la sexualidad de los seres humanos [45], dicho patrón posee 41 criterios de valoración estandarizados, de los cuales encontramos solo una variable que hace referencia a la satisfacción con las relaciones sexuales, los otros criterios se enfocan en trastornos de la sexualidad, alteraciones en la etapa reproductiva de la mujer y alteraciones durante la menopausia [46].

Este limitado desarrollo en la elaboración de diagnósticos, propuestas de intervenciones, indicadores de resultados y criterios de valoración, muestran parte del vacío teórico existente para brindar cuidado de su sexualidad a los seres humanos.

Otra forma de vislumbrar las limitaciones en el desarrollo de un concepto que revele el cuidado de la sexualidad propio de la disciplina de enfermería, es al

evidenciar que las micro-teorías desarrolladas tales como, las escalas de satisfacción sexual o las propuestas de intervenciones de educación sexual en poblaciones específicas [47][48][49], son sustentadas en conceptos de sexualidad ofrecidos por otras disciplinas como la psicología, la sociología y la antropología [3][50], o por lineamientos como por ejemplo la propuesta conceptual de sexualidad ofrecida por la Organización Mundial de la Salud OMS donde esta es definida como : “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales” [51].

Si bien actualmente en la disciplina de enfermería se han realizado diversas investigaciones que hablan sobre la atención de la sexualidad, estas se han enfocado principalmente en aspectos biológicos y manejo de patologías [52][53][54][55][56], varias, tratan sobre abordajes de alteraciones sexuales y actitudes de los profesionales de enfermería frente a la sexualidad de adolescentes u otros grupos etarios [57][58][59][60][61]; otras investigaciones realizadas actualmente intentan acercarse a una perspectiva de integralidad, enfocándose principalmente en el concepto de sexualidad de la OMS y de salud sexual propuesto por la misma entidad “estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad...” [62] y relacionarlo con el cuidado; aunque este esfuerzo nos acerque a investigaciones en las cuales se incluyen asuntos como “el género, la relaciones de poder y los derechos sexuales” así como, un intento por entrelazarlos con el cuidado de la sexualidad, aún se mantiene un enfoque principalmente centrado en aspectos biológicos [9,62].

En diferentes investigaciones y propuestas teóricas se han relacionado la salud sexual, la sexualidad y el cuidado [29] [63] [64], más en ninguna, encontramos un desarrollo del concepto de cuidado de la sexualidad de los seres humanos durante el proceso de atención. Y al tener en cuenta que el desarrollo de conceptos está estrechamente vinculado con el que-hacer práctico, ya que se sustenta uno en el otro y ambos al converger logran fortalecer la práctica profesional, las limitaciones teóricas relacionadas con el concepto de cuidado de la sexualidad se ven reflejadas en la imposibilidad de suplir las demandas que tienen en la actualidad los seres humanos en relación al cuidado de su sexualidad [9].

2.2 Aspectos prácticos en el cuidado de la sexualidad humana

Los conceptos pretenden proporcionar teoría que alimenten tanto la formación

teórica de nuevas generaciones (práctica, educación e investigación), así como, proporcionar conocimiento acerca del cuidado que nutra la práctica de los profesionales que lo brindan [17].

Durante la experiencia y el aprendizaje práctico en enfermería, es inevitable que los profesionales en formación o en el ejercicio de su profesión, entren en contacto con asuntos relacionados con la sexualidad de los seres humanos, ya que durante la práctica de cuidado, la interacción propicia un encuentro con lo corporal, lo íntimo e incluso lo erótico [9].

Con respecto a la práctica profesional y teniendo en cuenta que la formación de profesionales de enfermería propende crear, definir y fortalecer en los estudiantes la conciencia social, interacciones de respeto, la autonomía, la adquisición de conocimientos y la transformación de la práctica usando un pensamiento crítico y el desarrollo investigativo, que les permita suplir las demandas de cuidado que tienen los seres humanos [19]; en esta formación profesional se incluyen aportes teóricos provenientes de las ciencias sociales, en las cuales, la sexualidad llega a ser vista más allá de una mirada biologicista y medicalizada [65,66]; inconvenientemente, en la actualidad la formación y la práctica profesional en relación a la sexualidad, continúa basada principalmente en lo corporal y biológico, con un énfasis considerable en procedimientos técnicos e instrumentalización del cuidado y regido por lo normativo [9,67].

Este también es el caso de Colombia, donde los cuidados brindados por los profesionales de enfermería están mediatizados por las políticas de salud sexual y reproductivas nacionales e internacionales, y no en teorías de enfermería que permitan incluir la sexualidad como parte del cuidado de los seres humanos [68]. Un ejemplo de esto son los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad relacionados con la salud sexual y reproductiva que se desarrollan en el territorio nacional, dichos programas surgieron de los compromisos adquiridos por el país para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que rigieron hasta el 2015 [69], renovados por los Objetivos de desarrollo sostenible a partir del 2016 [2], los cuales en sus objetivos 3 y 5 proponen reducir la mortalidad materna, lograr el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, la educación en salud sexual y reproductiva, la planificación familiar, así como, poner fin a la epidemia del SIDA y en esta nueva versión también buscan lograr la igualdad y empoderar a la mujeres y niñas [70].

En Colombia actualmente estos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad relacionados con la salud sexual y reproductiva están regidos por la resolución 0412/ 2000, la Política de Atención Integral en Salud, con su

Modelo de atención integral en Salud (MIAS) y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del 2014 [71] [72,73], la primera comprende las normas técnicas y las guías de manejo del control prenatal, la planificación familiar, el VIH, el SIDA y atención a los jóvenes; la segunda enfocada en una atención centrada en la diferencia y de acuerdo al momento del curso de la vida en el cual el ser humano se encuentre, incluye como población de riesgo el grupo Materno perinatal (entre otras la interrupción voluntaria del embarazo y el embarazo adolescente) y persona que viven con enfermedades infecciosas como el VIH y otras ITS. El MIAS propone rutas integradas de atención para la promoción y el mantenimiento de salud, con una valoración del componente de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) (la maduración sexual y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos), a través de los cuales se busca ofrecer una atención soportada en la valoración de la vivencia sexual con la posterior intervenciones educativa sobre los derechos sexuales- reproductivos y la entrega de métodos anticonceptivos; y la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del 2014, propone la Promoción de los derechos sexuales, derechos reproductivos y equidad de género, así como, la Prevención y atención integral en salud sexual y salud reproductiva desde un enfoque diferencial, étnico y de derechos [72]; aunque algunos aspectos de estas políticas promueven el cuidado de la sexualidad con un enfoque educativo, de género y diferencial, en la práctica se privilegia una atención centrada en la prevención el embarazo y las infecciones o enfermedades de transmisión sexual, manteniendo la fuerte tendencia hacia una atención sexual centrada en lo biológico [72].

Otro asunto problemático es que estas propuesta políticas presentan una amplia gama de aspectos discursivos donde la sexualidad forma parte fundamental en la integralidad del ser humano, más al momento de operacionalizar dicha políticas en la práctica, estas se ven enfrentadas a limitaciones en contratación de profesionales, capacitación de grupos de profesionales en el tema de sexualidad y falta de voluntad política para su implementación, dejándolas confinadas a programas de salud institucionales con un enfoque biológico y fragmentado de la sexualidad, reduciéndose a asuntos relacionados principalmente con: planificación familiar, prevención de cáncer de cuello uterino y atención a alteraciones del joven [74] [72].

En la formación y práctica de profesionales de enfermería se utilizan conocimientos: científicos (patrón empírico), éticos (patrón ético), desarrollo de la creatividad y la capacidad intuitiva (patrón estético), así como la disposición del profesional de propender hacia el cuidado (patrón personal), estos patrones de conocimiento propuestos por la disciplina permiten identificar elementos básicos que deben ser considerados al momento de realizar cuidados y acciones en pro del ser humano [75].

Las instituciones educativas encargadas de la formación de profesionales de enfermería, vinculan en sus currículos las políticas nacionales e internacionales de salud sexual y reproductiva, y también, elementos pertenecientes a las ciencias sociales y humanas, fortaleciendo las bases científicas para los procesos de cuidado, en los cuales se incluye el cuidado de la sexualidad; el intento por integrar asuntos de otras disciplina fortalece los conocimientos y abordajes en relación con la sexualidad [65,76], estos conocimientos, además favorecen el aporte de la disciplina a la interdisciplinariedad durante la atención de la sexualidad en los seres humanos [66]. Pero, algunas instituciones de formación profesional enfocan su malla curricular en el cuidado a la mujer gestante y al recién nacido sin hacer visible cursos o asignaturas donde se relacione el cuidado de la sexualidad en las diferentes etapas de la vida [77–79], y las entidades de salud centran sus esfuerzos en cumplir con las políticas nacionales e internacionales de salud sexual y reproductiva enfocadas en una perspectiva biologista (planificación familiar prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual) [73] lo que se traduce en un obstáculo para el fortalecimiento del desarrollo disciplinar [80] [81] [82], porque en dichas políticas, los patrones de conocimiento de la disciplina de enfermería no están presentes, así que, en ausencia de conceptos teóricos propios que nutran los patrones de conocimiento a través de los cuales se realiza la práctica, esta seguirá inmersa en un contexto de lo biológico y patológico [83].

Así mismo, la práctica está limitada por la implementación de intervenciones de cuidado estandarizadas provenientes de las políticas de salud sexual y reproductiva nacionales e internacionales, en las cuales se tienen acciones estandarizadas que se pretenden implementar a las vivencias sexuales de los seres humanos; pero, si tenemos en cuenta que la sexualidad es un asunto propio de cada ser humano, implicaría que los cuidados de la sexualidad son individualizados y por tanto, las prácticas de cuidado tendrán constantes transformaciones con el fin de ofrecer un cuidado a la medida del ser humano. [17]. Mientras que una práctica surgida de intervenciones estandarizadas es rígida, una fundamentada en conocimientos teóricos provenientes de la disciplina, que a su vez devienen de la misma práctica, tendrá la característica de ser flexibles y adaptables a situaciones o vivencias particulares [84].

Por tanto, una práctica frente al cuidado de la sexualidad flexible y particularizada, deberá centrarse en los aspectos biológicos (visión determinista del cuidado), sin dejar de lado la implementación de acciones en las que el ser humano se integre en su contexto (visión integrativa-interactiva), e incluso en ocasiones integrar al ser humano como parte de un todo (visión unitaria transformativa) [85].

Superar una visión biológica de la sexualidad implica como bien lo han tratado autores de las ciencias sociales y humanas tales como Sigmund Freud, Michel Foucault, Helen Fisher, Michel Onfray, Francisco García, Anthony Giddens, asumir la sexualidad como un asunto que involucra la interacción humana, como una práctica que es el punto de inserción entre el individuo y el mundo, en la que los problemas sexuales por lo general necesitan la presencia de profesionales capacitados, y con la adopción de un enfoque amplio que vaya más allá del paradigma curativo de la salud [35] [86] [87] [88].

Afirmando que la sexualidad es fundamental en la experiencia de vida de los seres humanos y que los profesionales de enfermería durante su práctica de cuidado inevitablemente entran en contacto con asuntos relacionados con la sexualidad humana [89]; y también ratificando que los profesionales de enfermería lograrán una mayor autonomía si sus prácticas de cuidado se centran en las investigaciones y en las teorías propias de la disciplina, entonces, investigar sobre el concepto de cuidado en la sexualidad humana tiene relevancia, pues es claro que la creación de conceptos en nuestra disciplina aporta mayor poder explicativo a fenómenos de interés que requieren ser fortalecidos para brindar un cuidado acorde a las vivencias sexuales humanas [90] [91] [92] [93].

Si bien, en los apartados anteriores, se vislumbra que en la disciplina de enfermería se han tenido desarrollos investigativos y propuesta teóricas donde se incluyen algunos asuntos relacionados con la sexualidad en el cuidado, en la actualidad no se cuenta con un concepto de “cuidado de la sexualidad humana”, el cual favorezca una práctica que vaya más allá de la salud sexual y reproductiva y que responda a los retos, diversidad y complejidad de las sexualidades humanas contemporáneas que desbordan el campo de la reproducción [94].

Teniendo en cuenta que las teorías generadas para la disciplina de enfermería tienen una mejor comprensión si surgen de la práctica misma [92], indagar sobre el cuidado de la sexualidad humana que realizan los profesionales de enfermería durante de la atención, se ha convertido en el eje para el desarrollo de esta investigación.

3. PREGUNTA Y OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

Partiendo del limitado desarrollo de conceptos realizados en la disciplina de enfermería en relación al cuidado de la sexualidad humana que encontramos descrito en el capítulo de planteamiento del problema, y convencidos que el avance de conocimientos en la disciplina requiere investigar en asuntos que propendan por clarificar los fenómenos de cuidado presentes en la práctica, nos comprometemos a desarrollar un concepto que haga alusión al *cuidado de la sexualidad* de los seres humanos.

Atraídos por las premisas de que el cuidado brindado por los profesionales de enfermería a los seres humanos se encuentra sustentado en conocimientos teóricos que emergen de la praxis, y que el desarrollo de conceptos posibilita identificar un fenómeno y ampliar su poder explicativo contribuyendo a solucionar problemas que se presentan durante la práctica [95]. Se hace deseable que los conceptos puedan surgir de la experiencia vivida por los profesionales de enfermería durante el proceso de cuidado, enriqueciendo el desempeño profesional y el posicionamiento científico de la disciplina.

El anhelo por construir un concepto sobre el cuidado de la sexualidad que esté inmerso en la atención que realizan los profesionales de enfermería a los seres humanos, nos permitió plantear la siguiente pregunta y objetivo para la investigación.

Pregunta de Investigación

¿Qué es el cuidado de la sexualidad humana para los profesionales de enfermería a partir del proceso de atención a los seres humanos?

Objetivo de Investigación

Desarrollar un concepto de cuidado de la sexualidad humana para la disciplina de enfermería a partir del proceso de atención a los seres humanos.

En el desarrollo de esta investigación se hace necesario utilizar una metodología para indagar sobre el cuidado de la sexualidad a los profesionales de enfermería, en el cual se parta de los eventos que suceden en la realidad (la práctica de cuidado) [96].

Existen diversas metodologías utilizadas en la disciplina de enfermería que pueden ayudarnos a investigar un fenómeno partiendo de la realidad; la selección de una estará supeditada al propósito de la investigación, planteado en el objetivo antes enunciado [97]. Una de las metodologías más empleadas para el desarrollo de conceptos es la Teoría Fundamentada (TF), así que siguiendo las sugerencias de algunos teóricos como Chenitz, Silverman y Schreiber [98] [99] [100], quienes afirman que las metodologías cualitativas se ajustan mejor a los estudios de fenómenos relacionados con la comprensión de las experiencias; elegimos la Teoría Fundamentada desde la perspectiva Clásica (TFC) para realizar esta investigación, teniendo en cuenta que su finalidad es generar teoría en un área sustantiva sustentándose en la conceptualización.

La generación del concepto cuidado de la sexualidad humana, partiendo del proceso de atención a los seres humanos, pretende proporcionar teoría que alimente tanto la formación académica de nuevas generaciones de profesionales de enfermería, como ofrecer conocimientos sobre el cuidado de la sexualidad que nutra la práctica de estos.

4. JUSTIFICACIÓN

La sexualidad es un asunto propio de los seres humanos, estos la vivencian en todo su ciclo vital, convirtiéndose en un elemento relevante durante sus experiencias de vida [1], si tenemos presente que los profesionales de enfermería tiene como foco de la disciplina el cuidado de los seres humanos en su experiencia de vivir, es posible identificar el cuidado de la sexualidad como un aspecto importante que debe ser tenido en cuenta por los profesionales de enfermería [89].

Los profesionales de la disciplina de enfermería sustentan su práctica en los conocimientos que generan los investigadores o teóricos de la enfermería. Estos ofrecen conceptos, postulados o teorías que provienen de la práctica y al ser aplicados durante las interacciones que realizan con los seres humanos que cuidan, estos postulados realimenta la práctica [4].

En relación al cuidado de la sexualidad, la disciplina de enfermería ha tenido un restringido desarrollo teórico [42][43], con la limitada creación de modelos, teorías y sin un concepto propio que esclarezcan los elementos que deben ser tenidos en cuenta durante esta práctica, los profesionales de enfermería se han apoyado en la normatividad legal, nacional e internacional con la intención de brindar a los seres humanos un cuidado de su sexualidad. La disyuntiva surge cuando al revisar las normas legales, estas suelen proponer acciones estandarizadas y centradas en intervenciones frente a la presencia de enfermedad o eventos que pueden alterar la corporalidad biológica [70].

Frente al reto de generar conocimiento que aporten a establecer una práctica centrada en el ser humano y en las potencialidades de los profesionales de enfermería para ofrecer cuidado, el desarrollo de un concepto del cuidado de sexualidad que surja de la interacción entre el profesional de enfermería y el ser humano cuidado [48], se constituye en el propósito de este proceso investigativo.

El desarrollo de este concepto representa utilidades, trascendencia o beneficios en diversos aspectos:

En lo práctico

El ser humano hace uso de su sexualidad para representarse en el mundo,

expresando lo que es, siente y piensa, procurando vivirla de forma plena para alcanzar satisfacción y bienestar [1]. Desde este punto de vista, desarrollar un concepto de cuidado de la sexualidad que reconozca la importancia del ser humano, y de esta en su vivencia, centrándose en él como eje para realizar actividades de cuidado, válida y restablece este ser como ser sexual.

Un concepto sobre cuidado de la sexualidad que surja de las experiencias y vivencias durante la práctica, será más afín a ésta, en consecuencia, podrá convertirse con mayor facilidad en una herramienta teórica factible de ser implementada de nuevo en la misma práctica, con el objetivo promover estados superiores de bienestar y satisfacción en los seres humanos [92].

El desarrollo de un concepto que provengan de la práctica y se sustenten en la experiencia de cuidado que viven los profesionales de enfermería, favorece una creación teórica con mayor reflexividad y posibilidad de individualización del cuidado, alejándose de acciones mecánicas [19]. Del mismo modo, podrá complementar, realimentar o guiar otras elaboraciones teóricas como el desarrollo de teorías de mediano rango (TMR), las cuales en la actualidad sirven de sustento en la integración teoría-práctica [39,40,101]. Con el desarrollo teórico, los profesionales de enfermería obtienen mayor reconocimiento al tiempo que están ofreciendo un cuidado proveniente de las experiencias de cuidado [19].

En lo disciplinar

Toda disciplina aprovecha los aportes teóricos de sus investigadores para desarrollar su propio conocimiento, esto les ofrece reconocimiento social, consolidación y desarrollo. La disciplina de enfermería no es la excepción; el desarrollo teórico en esta disciplina se apoya en los conceptos, los cuales representan los bloques con los que se crea y sustenta una teoría [23].

En el cuidado de la sexualidad, los conceptos se encuentran con un desarrollo limitado, a falta de conceptos que clarifique los elementos que componen el cuidado de la sexualidad, esta construcción no sería posible. Desde este punto de vista el desarrollo de un concepto de cuidado de la sexualidad, aportaría en la construcción de teorías enfocadas a mantener y mejorar la salud de los seres humanos. Sin la existencia de conceptos propios, la identidad, actuación profesional y el reconocimiento social de la disciplina podría declinar [102]. Por tanto, desarrollo de conceptos, es una actividad científica necesaria para el desarrollo teórico en la disciplina [28].

En lo educativo

En la formación de profesionales de enfermería, las instituciones educativas y personal docente se apoyan en conceptos teóricos provenientes de procesos investigativos. El objetivo con la educación es propender, crear, definir y fortalecer en los estudiantes la conciencia social, interacciones de respeto, la autonomía, la adquisición de conocimientos y la transformación de la práctica usando un pensamiento crítico y el desarrollo investigativo que les permita suplir las demandas de cuidado que tienen los seres humanos [19,61];

El desarrollo de este concepto, puede fortalecer el acervo de conocimiento y ofrecer bases teóricas sólidas a los profesionales en formación. Un concepto de cuidado de la sexualidad humana para la disciplina de enfermería, aporta conocimiento que posibilita comprender la manera de realizar cuidados, teniendo presente la diversidad y complejidad de las sexualidades humanas contemporáneas [34].

Este desarrollo conceptual también ofrecerá sustentación teórica a las entidades encargadas de formar profesionales en enfermería, de manera que puedan implementar el cuidado de la sexualidad de formas más representativas dentro de la malla curricular o integrar algunos elementos encontrados a sus cursos académicos.

En lo metodológico

Para el desarrollo de conceptos existen diversas metodologías (cualitativas y cuantitativas); los investigadores de la disciplina de enfermería han desarrollado conocimiento teórico relacionado con la sexualidad, utilizando metodologías cuantitativas, la cuales están centradas principalmente en procesos patológicos o aspectos biológicos [52] [53] [54], pese a que las temáticas relacionadas con la sexualidad resultan ser un asunto que toca lo íntimo, incluso más allá de lo biológico.

En contraste con el párrafo anterior, el concepto que se espera desarrollar: el cuidado de la sexualidad durante el proceso de atención que realizan los profesionales de enfermería, resulta ser más afin a metodologías cualitativas. Por tanto, utilizaremos para el desarrollo del concepto la teoría fundamentada desde la perspectiva clásica (TFC). El uso de esta perspectiva metodológica ha tenido poca implementación en países de habla castellana, de manera que, el desarrollo de un

concepto utilizando la TFC podrá aportar al desarrollo metodológico en la disciplina de enfermería, al contribuir como referente en el desarrollo de futuras investigaciones que utilicen esta perspectiva metodológica.

El uso de esta perspectiva metodológica se justifica porque, en el desarrollo de conceptos la TFC ofrece la oportunidad de generar nueva jerga para la disciplina de enfermería, al permitir que las explicaciones teóricas puedan sustentarse desde diferentes áreas del pensamiento, traducéndose en la posibilidad de generar conceptos más innovadores y creativos. Esto último de suma importancia en temas con un amplio desarrollo histórico como es el caso de la sexualidad humana, debido a que, en esta temática, proponer elementos novedosos suele representar un reto mayor.

5. MARCO CONCEPTUAL

Este capítulo de la tesis está conformado por dos referentes necesarios para fundamentar el desarrollo del concepto cuidado de la sexualidad humana partiendo del proceso de atención que realizan los profesionales de enfermería enmarcado en la disciplina. El primero corresponde a los *referentes para el desarrollo de conceptos en la disciplina de enfermería*, el cual se inicia con los aspectos filosóficos sobre los cuales se basa la disciplina de enfermería para el desarrollo de conceptos, seguido por el desarrollo de conceptos en la disciplina y finalizando con las metodologías utilizadas en la enfermería para la clarificación y desarrollo de conceptos. En el segundo apartado se describen los *referentes disciplinares: ontoepistemología y jerarquía de la estructura de conocimiento en enfermería* en el cual se incluye los aspectos ontológicos y epistemológicos de la disciplina de enfermería, comenzando con el metaparadigma de enfermería y continuando con las visiones de mundo, los patrones de conocimiento, los roles de los profesionales, para finalizar con las definiciones de: modelos, teorías, indicadores empíricos y microteoría.

5.1 Referentes para el desarrollo de conceptos en la disciplina de enfermería

5.1.1 Aspectos filosóficos en el desarrollo de conceptos en enfermería

El desarrollo de conceptos en la disciplina de enfermería es importante para expandir los conocimientos, y ofrecer la oportunidad de aclarar términos ambiguos o difusos de fenómenos fundamentales para la disciplina, así como, afianzar o vincular elementos ya presentes en las teorías para generar una construcción del conocimiento que enriquezca el actuar práctico, la proyección y reconocimiento social de la disciplina [19] [97].

Detallar lo que es el concepto y su desarrollo no es un asunto sencillo, pues encontramos un amplio número de autores que hacen alusión al tema, lo cual se constituye en un reto a la hora de dar cuenta de la complejidad de lo que se debate. No obstante, cuando se aborda el tema sobre el desarrollo de conceptos, es valioso comenzar con las aportaciones que la filosofía como disciplina ha realizado, ya que estos fundamentos filosóficos se han aplicado al desarrollo de conceptos en la enfermería.

En consecuencia, haremos un recorrido en el que expondremos algunos aportes de filósofos reconocidos por los teóricos de la disciplina de enfermería como insumos para el desarrollo de conceptos, estos filósofos son: Aristóteles [16], Rene Descartes [24,103], Immanuel Kant [104] [104,105][105], Gottlob Frege [106], Ludwig Wittgenstein [107], John Locke [24], Gilbert Ryle [108] y Stephen Toulmin [108,109].

Aristóteles [16] propone que los conceptos son “esencias universales”, en sus escritos los define como abstracciones mentales en las cuales se vislumbra las características esenciales e invariables de elementos y objetos en el mundo. Para el desarrollo de conceptos, Aristóteles plantea que los conceptos se forman en la mente por medio de una “generalización sucesiva”, esto es un proceso en el cual la mente pasa de objetos o eventos individuales con los cuales se llega a categorías más amplias, identificando en estos las similitudes y formando finalmente las características comunes de todos los objetos, logrando así identificar la esencia o atributo de estos. Esta esencia así mismo, posibilita categorizar algunos aspectos de la realidad. En consecuencia los conceptos son vistos como esencias de ciertos aspectos y éstas a la vez son universales y verdaderas para los aspectos a los que pertenecen [16,110].

Entre los filósofos que identificaron la mente como el lugar donde se salvaguardan los conceptos, destacamos en orden cronológico a Rene Descartes [103], John Locke [24] e Immanuel Kant [104] [104,105], estos a pesar de las diferencias en sus puntos de vista, sustentaron la noción de conceptos como ideas que provenían del funcionamiento interno de la mente humana.

René Descartes [103] realiza un aporte al desarrollo de conceptos, aún con la separación de cuerpo-mente y su dualismo cartesiano, este autor propone que las características centrales de la mente están agrupadas en algo que denomina “ideas”, las cuales podían ser adquiridas, incluso antes de cualquier experiencia (innatas). Fundamentado en que estas “ideas” sirven de sustento a los procesos cognitivos, fue estableciendo un método de investigación que se basó en la noción de duda y el proceso de la razón, este tipo de investigación racionalista, ha servido de medio para desarrollar conocimiento, al intentar diferenciar el conocimiento, de una creencia u opinión. El aporte de Descartes al desarrollo de conceptos está justificado en el énfasis que hace, en relación a que los conocimientos sean “claros y distintos”, este asunto de la claridad así como el dualismo mente-cuerpo, lleva a otros filósofos a pensar en cómo clarificar los conceptos individuales, y también a argumentar los conceptos en uno de los dos aspectos existentes, bien en el mundo de las ideas (mente) o mundo físico (cuerpo) [103].

Casi un siglo después encontramos a *John Locke*, este filósofo ha sido importante en el desarrollo de conceptos para la disciplina de enfermería por incluir la experiencia como parte de su construcción teórica; la relevancia de este autor en la disciplina deviene porque la experiencia es también la base para nuestra generación de conocimiento [24].

En su propuesta frente a los conceptos se centra en las ideas y la mente. Una idea la definió como “el objeto de la comprensión cuando un hombre piensa”. Este autor sugiere que las ideas provienen únicamente de la experiencia, diferente a su predecesor Descartes que consideraba que estas podrían ser innatas. La experiencia para este filósofo consiste en la observación de un mundo interno y la relación de este con las operaciones internas presentes en la mente. El mundo externo lo relaciona con las *sensaciones*, mientras que las operaciones internas son denominadas *reflexión*. Lo interesante de esta propuesta filosófica es que sugiere una relación directa entre las ideas y las experiencias de tipo sensoriales y reflexivas. Es así como, para comprender un concepto, este autor propone que únicamente no se tenga contacto con el proceso de pensamiento “ideas” sino que se examine la relación entre el concepto que se desarrolla y la experiencia de la cual provino.

El desarrollo de conceptos como “ideas” es propuesto por el autor de la siguiente manera: la experiencia enlaza una idea simple en la mente, esta trata sobre un aspecto particular de la realidad, entonces, la mente empieza a formar generalizaciones a partir de las similitudes que encuentra en las ideas simples, hasta lograr hacer una generalización, lo que permite la creación de ideas complejas. El paso de una idea simple a una compleja, se realiza según Locke a través de un proceso denominado abstracción, el cual consiste en un proceso de discernimiento que realiza la mente cuando se centra en los detalles de los objetos encontrados en la realidad y lograr ver en ellos las similitudes. En tanto la realidad, la ve como un proceso de comparación conectado con la clasificación de ideas, del cual surge una que es consistente y coherente [16][23].

Al proponer que las ideas provienen de la mente, Locke plantea la posibilidad que un concepto pudiera sufrir cambios de una mente a otra, e incluso llegar a ser confuso. La confusión que se puede presentar frente a un concepto, este filósofo se la atribuye a la combinación inapropiada que tienen las ideas simples cuando se vincula a conceptos más complejos. Además, estas confusiones pueden también estar relacionadas con un enlace inapropiado entre un símbolo o palabra y una idea [24]. Pese a estas posibles confusiones, algo interesante planteado por el autor es la noción, de que los conceptos pueden ser simbolizados a través de las palabras, y que estas ofrecen mejores medios para su análisis, desarrollo y

divulgación; lamentablemente este autor no realizó más aportes en relación con este asunto. Estas imprecisiones dejan inquietudes para que posteriores pensadores destaquen la relevancia de las palabras en la representación de ideas mentales individuales [4][24].

Tanto Descartes como Locke proponen los conceptos como ideas, así que estos eran reconocidos como entidades privadas presentes únicamente en la mente individual. Por tanto, clarificar, analizar o desarrollar conceptos, se lograría sólo teniendo un acceso directo a la mente del individuo, más, como al momento de escribir sus propuestas no existía ninguna técnica para el desarrollo de conceptos, Locke propone que la única forma de aclarar o mejorar un concepto sería centrarse en procesos individuales de pensamiento.

También *Immanuel Kant* [105] realiza sus aportes al centrarse en los conceptos como ideas. Este autor argumenta que los conceptos existen en la mente a priori a la experiencia, o sea, que existen antes de la experiencia y que incluso su existencia previa es la que hace posible tener la experiencia. Para Kant, el desarrollo de conocimiento es la combinación de las capacidades humanas de la mente representadas en los conceptos y la experiencia de estos contenidos preexistentes. Desde este punto de vista, el desarrollo de conceptos propicia la identificación de las reglas necesarias para que este proceso de combinación se presente.

Kant plantea la posibilidad de definir los conceptos como un medio de aclaración, sin embargo, este autor advierte que existen limitaciones de los elementos que pueden definirse; por ejemplo, los que son a priori, y que existían en la mente antes de la experiencia, no pueden ser definidos por no poder definirse de forma completa, mientras que los conceptos que han sido inventados injustificadamente serán susceptibles de ser definidos y aclarados [104]. La dificultad que representa las propuestas filosóficas anteriores es que los conceptos al ser entidades exclusivamente mentales, no logran ser accesible si se pretende incluirlos como un foco de investigación. Como respuesta a esta dificultad, entran en escena filósofos como *Gottlob Frege* y *Ludwig Wittgenstein*, los cuales se centran en el lenguaje como el contenedor de los símbolos para explicar los conceptos [4] [104].

Para Frege [106] los conceptos representan la "existencia de la propiedad" presente en un objeto y consideraba el lenguaje como un sistema de símbolos que claramente representan conceptos. Este autor, adoptó los principios de la lógica adaptada al lenguaje para tratar el desarrollo de conceptos, para lo cual, se centra en la distinción entre conceptos y objetos. Este filósofo considera que tanto el concepto como el objeto se encuentran relacionados con partes específicas del

lenguaje. Para el desarrollo de conceptos el autor propuso identificar dos palabras: los nombres propios y los predicados. En esta diferenciación de palabras, el nombre propio se corresponde con el objeto, mientras que el predicado es propiamente el concepto. Entonces, al expresar un concepto como predicado gramatical, la expresión queda incompleta y se convierte en una expresión completa cuando se agrega el nombre propio. Frege ejemplifica este asunto mencionando la expresión “es un número primo” como el predicado y “dos” como nombre propio, quedando la expresión completa al unir el objeto con el concepto: “dos es un número primo”.

Frege también señala que el concepto debe estar absolutamente claro, o sea, determinar y expresar de forma completa e inequívoca un conjunto de elementos que por sí mismos ofrezcan las características suficientes para diferenciarlo claramente de otros conceptos. Además propuso que los conceptos tienen una esencia que no cambia con la época o el contexto, por tanto puede ser visto de forma aislada a su contexto o sin estar relacionados con otros contextos.

Si bien la idea de clarificar un concepto fue posteriormente debatida por otros filósofos o teóricos de enfermería, es innegable que Frege realiza una importante contribución al desarrollo de conceptos, al conseguir asociar los conceptos que antes estaban circunscritos a la mente, con el lenguaje, lo cual permite a los conceptos ser más compatibles con el proceso investigativo y posibilitar mayor accesibilidad cuando se están desarrollando.

El énfasis en el lenguaje que realiza Frege, ofrece bases para el desarrollo teórico del filósofo *Ludwig Wittgenstein* [107], si bien este último no se dedica específicamente a la discusión sobre conceptos, su aporte al desarrollo de estos, consistió en plantear que las palabras representan objetos reales y no imágenes mentales. Por tanto, se propone inicialmente el desafío de desarrollar y aclarar un lenguaje que pueda ser utilizado para representar la realidad física. Inicialmente Wittgenstein se propone construir un lenguaje ideal, o sea, que pueda reflejar la estructura del mundo exterior y que aleje la imprecisión cuando se hace la construcción de una imagen (mental), en comparación a cómo es realmente la realidad. No obstante, la pretensión inicial fue transformada, al identificar que un lenguaje ideal no ofrece muchas aportaciones, ya que para el momento en el que este filósofo presentó su obra, el desarrollo de conceptos se centraba más en la clarificación de una palabra específica dentro de la estructura del lenguaje (nombre y predicado según Frege), además que los pensamientos o ideas individuales tenían un papel reducido en el desarrollo de conocimiento.

Wittgenstein en una etapa posterior propone el lenguaje para representar la

realidad, pero no a través de la imagen sino del uso que se le da a un concepto o idea en la realidad. Lo que plantea este autor es un “juego” compuesto por el lenguaje y la acción que se asocia con el uso del mismo. Por tanto, no se centra en la correspondencia entre palabras y objetos, sino que este “juego de lenguaje” se sustenta en la comparación de objetos, o sea, identificar las similitudes de distintas acciones y ponerlas en un ámbito lingüístico. Las propuestas de Wittgenstein constituyen un aporte sustancial al desarrollo de conceptos al proponer la formulación de comparaciones en donde se vea lo común en el uso de una palabra y no en encontrar la “esencia” de esta.

Este Juego de lenguaje brinda una guía y no una idea preconcebida a la que la realidad debe corresponder. Esto nos indica que en este juego de lenguaje no hay una absoluta claridad en los conceptos, sino que estos pueden tener fronteras borrosas, así que Wittgenstein rechazó la exigencia de conceptos con límites rígidos y totalmente claros que propuso Frege, afirmando que las conceptualizaciones se basan en similitudes o semejanzas en el uso de una palabra o concepto. Aunque Wittgenstein hace énfasis en el uso de conceptos y sus propuestas constituyen un significativo aporte al desarrollo de conceptos, su principal interés se centra en el lenguaje.

El filósofo *Gilbert Ryle* centró el desarrollo de concepto en el uso [107,108], este autor propone que un concepto es una característica abstracta del mundo y está relacionada con la capacidad de realizar ciertas tareas, por tanto, el uso adecuado del lenguaje es una parte de estas tareas. Para Ryle los conceptos no son nombres de objetos, ni representan componentes de verdad o falsedad, son más bien la capacidad de moverse hábilmente a través del mundo. Por consiguiente, según este autor, desarrollar conceptos o aclararlos puede ser visto como la creación de habilidades o nuevas formas de funcionar más eficientemente.

Para Ryle los conceptos son de naturaleza cognitiva, y aunque están relacionados con la mente, refuta el dualismo cuerpo-mente y propone que existe una fuerte conexión de ambos en el ser humano, haciendo referencia a que un proceso mental puede hacerse de manera que sea aprovechado por otros. Por tanto, la cognición como pensamiento o conceptualización no se trata de la exploración de procesos reales del pensamiento dentro la mente, sino más bien, que esta puede ser observada como una manifestación pública externa, lo que implica que los conceptos no son una palabra, sino que con palabras puede hacerse una manifestación externa de la comprensión que un individuo tiene de un concepto; por consiguiente, puede analizarse la existencia de las abstracciones mentales, accediendo a los procesos mentales privados.

Ryle plantea una serie de teorías relacionadas con los conceptos, entre ellas encontramos que el análisis filosófico podría producir normas o guías que permitieran el uso de los conceptos, así mismo, sugiere que las preguntas fundamentales para el desarrollo de conceptos puedan ser modificadas de ¿cómo se adquieren los conceptos (ideas)? a "¿qué cosas no pudimos hacer hasta que adquirimos el concepto?" ¿Qué limitaciones se imponen en la comprensión del concepto?, ¿Qué limitaciones existían antes de la formulación del concepto? La respuesta a esta nueva pregunta según Ryle propone que la adquisición de un concepto contribuye a desarrollar la capacidad de manejar un amplio espectro de tareas intelectuales que componen los atributos comunes relacionados con el concepto. Lo que indica, que un ser humano al captar un concepto, sería capaz de pensar y categorizar fenómenos, en consecuencia, sin este, el ser humano sería incapaz de involucrarse en tales actividades mentales. La aportación de Ryle, ofrece a los conceptos un papel más práctico, y dilucida la posibilidad de mejorar los alcances de la práctica a través de la clarificación y desarrollo de conceptos.

Otra contribución importante en la comprensión del desarrollo de conceptos, la ofrece el filósofo *Stephen Toulmin* [109]. Debido a los diversos dilemas relacionados con el concepto y su desarrollo, este autor intenta comprender la diversidad de enfoques en la discusión de conceptos. Para este filósofo los conceptos tienen poder explicativo, el cual no está fijo e inflexible, ni es visto como una entidad universal, sino que está sujeto a procesos de transformación, los cuales se encuentran influenciados por asuntos históricos y sociales que cambian a lo largo del tiempo.

La principal contribución de Toulmin a la teoría de conceptos es sugerir que estos cambian al estar vinculados con una naturaleza social, lo que implica que los seres humanos están inmersos en un lenguaje y pensamiento conceptual, el cual es fortalecido durante el curso de su educación, así que, el conjunto de conceptos desarrollados reflejan la comprensión y expresión actual de nuestra sociedad; además, este autor afirma que existe una estrecha relación entre los conceptos y el desarrollo científico, esto corresponde a que ve los conceptos como una posesión colectiva de una comunidad y vinculados a un contexto.

Para Toulmin las comunidades y el contexto son representados por las disciplinas científicas, sobre las cuales se realizan avances en la generación de conocimiento, pues los seres humanos asociados a estas son impulsados a indagar acerca ciertos fenómenos que el grupo desea explicar. El tiempo es otro elemento que forma parte del contexto al tener un efecto sobre los conceptos. Para este autor, el tiempo hace referencia a los cambios o variaciones que un concepto sufre cuando es clarificado o refinado, y está relacionado con los conceptos no como una unidad de medida sino como un estado en el cual un

concepto tiene transformaciones.

Según Toulmin las disciplinas se caracterizan al tener un conjunto de ideales explicativos y cuando los contenidos existentes no logran abarcar esos ideales, el desarrollo o la clarificación de los conceptos, se propone como un componente importante de su progreso científico. Los conceptos serán continuamente desarrollados, clarificados o refinados con el objetivo de mejorar la resolución de problemas para las disciplinas. Lo anterior abre nuevas posibilidades a los investigadores de las disciplinas para interesarse en el desarrollo de conceptos, pues argumenta que estos dan identidad y permiten mitigar los problemas relevantes que se presentan al interior de las disciplinas.

Las aportaciones de los filósofos anteriores han ayudado a la disciplina de enfermería en la elaboración y desarrollo de conceptos, si bien se aprecian diferencias en los planteamientos filosóficos acerca de lo que es un concepto y su desarrollo, estos autores presentan consensos frente a lo que es un concepto; el primero, es que los conceptos son los bloques con los cuales se realizan la construcción de las teorías y el segundo, es que estos tienen una relación importante en el desarrollo de conocimiento.

Por lo dicho en párrafos anteriores, las diversas posturas filosóficas, han permitido la aparición de dos tipos de pensamientos filosóficos que hacen alusión a los conceptos, estos se conocen como teorías de entidades y teorías disposicionales.

5.1.1.1 La teoría de entidades

Esta teoría tiene como característica principal el desarrollo de conceptos centrado en entidades, las cuales provienen de una naturaleza mental y cognitiva; las entidades son vistas como: esencias universales asociadas al pensamiento [110], ideas abstractas de la mente y como palabras con sus significados [106][107]. Estas entidades se suponen que corresponden directamente con elementos de la realidad. A esta teoría Descartes ofrece algunos aportes importantes, partiendo del dualismo cuerpo-mente, este filósofo propone que el cuerpo ocupa un lugar físico en el espacio, a diferencia de la mente que no lo hace, aunque forma la esencia de la naturaleza humana, esto debido a que la característica central de la mente es un grupo de entidades que él llama ideas y sobre las cuales se fundamentan los procesos cognitivos.

Aunque los aportes de esta teoría han permitido captar la atención sobre la importancia de la mente en el desarrollo de los conceptos, así como, el impulso y la justificación para clarificar conceptos y establecerlos como una forma legítima de realizar investigación, existen como en cualquier posición filosófica algunos puntos de vista que han sido contradictorios y debatidos. Específicamente frente a los conceptos como entidades provenientes del pensamiento o ideas, Locke plantea que el surgimiento de los conceptos se da partiendo de la experiencia, a diferencia de Descartes y Kant que los consideran ideas a priori y que gracias a estas se hace posible la experiencia.

Pero quizá uno de los asuntos que genera más discrepancia de esta teoría es cuando se tiene en cuenta el dualismo de Descartes, el cual, devela la importancia del pensamiento interno y externo al referirse a los conceptos. Este pensamiento interno y externo, deja al descubierto la relevancia que tiene para el desarrollo de conceptos los aspectos íntimos y externos, así como, lo público y privado, porque al indagar por ejemplo, sobre el concepto de salud, enfermedad o dolor, cada uno de estos representa diferentes ideas e imágenes para un ser humano. En otras palabras, no se representa una realidad única sino diversa de acuerdo a la individualidad (lo íntimo) de cada ser.

Los inconvenientes surgen porque filósofos como Wittgenstein y Frege ven el desarrollo de conceptos como la clarificación de una palabra; además, en especial Frege, propone que el concepto debe tener límites claros y no estar sujeto a modificaciones. Si tenemos claro que un concepto no es el mismo para todos los seres humanos, entonces dicho concepto no corresponde a un objeto real, fijo e inmodificable, lo que pone a la teoría de entidades en una posición problemática filosóficamente hablando al no presentar una consistencia firme cuando se examina en la existencia cotidiana.

Que la teoría de entidades presente puntos interesantes para ser discutidos e incluso refutados, no la despoja de relevancia y reconocimiento, ya que sus representantes ofrecieron al desarrollo de conceptos las bases para el continuo crecimiento del acervo de conocimientos. Además, cabe aclarar que para el momento histórico en que los representantes de esta teoría escribieron sus propuestas, las teorías relacionadas con las ideas y el pensamiento, las ideas individuales y la inclusión del contexto tenían poca incidencia en el desarrollo de conceptos.

5.1.1.2 La teoría de las disposiciones

Esta teoría presenta los conceptos como hábitos o capacidades para realizar ciertos comportamientos, entre los que se incluye la habilidad de usar adecuadamente el lenguaje y el desempeño de actos mentales o físicos que son relevantes para el concepto. Esto implica que, un ser humano sólo le es posible realizar una actividad si tiene previamente la comprensión del concepto que pretende realizar. Si bien, tener ejemplos en filosofía de la teoría disposicional no es un asunto común, filósofos como Ryle y Wittgenstein realizaron aportes importantes a esta teoría, los cuales describiremos a continuación.

Wittgenstein reemplaza la teoría de la “imagen” que se basa en la correspondencia para determinar el significado; se centra en el lenguaje como un juego el cual enfatiza el “uso” de las palabras y la acción que se asocia a su uso, más que los objetos a los cuales estas se refieren. De acuerdo con esto, es posible e incluso apropiado utilizar un concepto para describir diferentes individuos, siempre y cuando cada persona sea afín al concepto que se está empleado y tenga las características asociadas a este, lo anterior fundamentado en el principio de semejanzas o similitudes. Aunque los aportes de este autor no corresponden exactamente con las capacidades o habilidades individuales asociadas a los conceptos (teoría disposicional), si ofrece una transición entre el uso del lenguaje y los conceptos, lo cual fue un referente para otros autores, entre ellos Ryle.

Ryle [108] deja ver en su propuesta la postura de una teoría disposicional más claramente; adoptando la idea de “usar” como centro de su trabajo, plantea que una expresión o el concepto que ésta expresa, indica el uso o papel en el que este es empleado y no debe suponerse que puede ser utilizado o adoptado para cualquier cosa, ser humano o evento.

Ahora bien, la teoría disposicional ha ayudado a esclarecer en alguna medida el dualismo cartesiano al permitir mostrar la relación entre conceptos privados y actividades públicas como el lenguaje. Las objeciones que ha recibido esta teoría se centran en que los autores que aportaron a esta, no presentaron una explicación clara de lo que es el “uso”, así mismo, en sus escritos no han proporcionado suficiente orientación acerca de los procedimientos que pudieran emplearse en la clarificación y desarrollo de conceptos, dejando imprecisa la forma como sus propuestas filosóficas pueden transferirse en métodos que ayuden a aumentar el desarrollo de conocimiento.

Pese a que las teorías de entidades y disposicionales no ofrecen una guía exacta e inequívoca para el desarrollo de conceptos y entre ellas se presentan diferencias considerables, no existe una línea formal que separe las dos posturas. Por tanto, es factible borrar las fronteras entre ambas y permitirse combinarlas para abrir la posibilidad de desarrollar conceptos más flexibles y acordes a las necesidades de la disciplina de enfermería.

5.1.2 Desarrollo de Conceptos en Enfermería.

Las propuestas para el desarrollo de conceptos realizadas por teóricos de la disciplina de enfermería se han sustentado en las aportaciones que la filosofía ha realizado para el avance de este tema, por tanto, la diversidad de definiciones que se han dado acerca de los conceptos, presentan variados puntos de vista que están estrechamente relacionados con las propuestas filosóficas mencionadas anteriormente.

Algunos teóricos de enfermería: Walker & Avant [111] [112] [112,113] [114], Rodgers , Meleis [27], Kim [27][8], Jacox , Diers, Chinn & Jacobs [115] [116], Schwartz-Barcott & Kim [117], Keck [118] Watson [15], Tadd & Chadwick [119], y King [120], han hablado de los conceptos y planteado la importancia de estos en la ampliación del conocimiento de la disciplina de enfermería, es así como el desarrollo de conceptos es identificado como una actividad fundamental en el desarrollo teórico de enfermería.

La literatura en la disciplina de enfermería que trata sobre el desarrollo o clarificación de conceptos ha estado presente desde la década del 70 del siglo XX, más, tuvo un gran impulso cuando autores ya citados como Chinn & Jacobs, Walter & Avant publicaron textos sobre teorías de enfermería con pautas para llevar a cabo análisis conceptuales. A partir de este momento otros autores han publicado sobre desarrollo de conceptos y análisis de concepto, entendiendo este último aspecto como la síntesis de opiniones existentes de un concepto que lo diferencia de otros.

La relevancia de los conceptos tal como lo refería Toulmin [109], es que al ser estos aclarados o desarrollos permiten un avance en el logro de las metas intelectuales que tiene una disciplina. Por consiguiente y tal como lo plantean Walker & Avant [111–114], la clarificación y desarrollo de conceptos es una actividad fundamental para el avance teórico y la ampliación de conocimientos de enfermería.

Los teóricos en la disciplina de enfermería proponen que es necesario crear conceptos cuando: 1) existen pocos o ningún concepto que valide el foco teórico de un área de interés; 2) partiendo de una teoría ya existente se hace un análisis de un concepto con el fin de clarificar y refinar el concepto, con el objeto de ser utilizado en un proceso práctico; 3) hay inconsistencia de un concepto ya conocido, bien sea en la literatura científica o en investigaciones y falta de claridad cuando es utilizado en diferentes niveles de conocimiento [4][114].

Los teóricos de la disciplina han hecho aportes al desarrollo de conceptos centrándose en tres aspectos: la realidad empírica, la cognición y el lenguaje. El primer aspecto muestra una relación entre los conceptos y la realidad empírica u observables, como ejemplo tenemos a Kim y Walter & Avant, previamente citados, los cuales argumentan que los conceptos son esencialmente símbolos de objetos que existen en el mundo; también Becker [102] se refiere a la importancia de la observación y propone que los conceptos surgen como un intento de ordenar lo que se observa; en tanto que Keck [118][102] considera los conceptos como representaciones simbólicas de las cosas o acontecimientos que integran un fenómeno, representando algún aspecto de la realidad, la cual incluso puede cuantificarse. Los conceptos relacionados con la realidad empírica, tienen en común que se centran en el mundo externo y observable.

Por otra parte, los teóricos que definen los conceptos desde la cognición, enfatizan que estos provienen de la mente y el pensamiento humano. Cabe destacar que esta forma de definir conceptos, guarda relación con la teoría de entidades en la cual los conceptos eran abstracciones provenientes de las ideas mentales, un ejemplo de esta posición la encontramos en King [121], la cual define los conceptos como ideas abstractas, que ofrecen significado a las percepciones y pueden ser generalizadas, estas ideas son almacenadas en la memoria y recordadas para ser utilizadas en situaciones nuevas o diferentes. King también propone un símil interesante en el cual plantea que un concepto se percibe como la unidad básica de la mente al igual que la célula es la unidad básica del cuerpo. En esta misma línea Watson [122] define el concepto como un cuadro o imagen mental, el cual está conformado por una palabra que expresa una abstracción.

A su vez, Meleis [27] también se centra en la cognición cuando referencia que los conceptos expresan imágenes mentales de la realidad y que ayudan a señalar y relacionar ideas sin entrar en descripciones detalladas. Algo interesante de esta teórica es que considera que el concepto como imagen mental está sujeto a la percepción, experiencia e inclinación filosófica de quien lo genera, lo que implica que si bien los conceptos son entidades mentales, la percepción individual está

presente en el desarrollo de estos, considerando que son el resultado de experiencias, por tanto sus definiciones y significados reflejan la formación y bases teóricas de quien los formula. Además, esta autora propone una relación entre el lenguaje y los conceptos cuando refiere que estos son un “término o etiqueta”.

Los aportes realizados por Meleis y por otros teóricos como Diers [123], quien describe los conceptos como “una palabra que su significado está dado por una definición formal o un uso común”, así como por Tadd & Chadwick [119] quienes plantean los conceptos como “significados de las palabras” o, bien, por Jacox [124] quien indica que los conceptos son “las palabras que describen las relaciones entre objetos, eventos y propiedades”, han permitido apreciar que en enfermería se ha pensado en la relación del concepto con el lenguaje. En la disciplina este asunto del lenguaje vinculado a los conceptos lleva a nuevas posturas, pues como expresa Diers, el lenguaje brinda la posibilidad de que los conceptos sean aprendidos y compartidos, debido a la naturaleza social que este posee.

Con respecto a la naturaleza social de los conceptos, encontramos la postura de Rodgers [125], quien elaboró, integró y adaptó las aportaciones de filósofos como Toulmin y Wittgenstein para desarrollar su concepción en relación a los conceptos, en la cual estos están en constante cambio y se desarrollan a través de la significación, el uso y la aplicación; desde este punto de vista la significación se entiende como la capacidad de un concepto para ayudar a resolver problemas, así como para caracterizar fenómenos que permitan promover ideas intelectuales. El uso hace referencia a la manera como un concepto se emplea y aplica en el ámbito real.

Parte de la adaptación que realiza Rodgers en relación con los conceptos, se enfoca en desarrollar interpretaciones del análisis de estos, mostrando los cambios que tienen y la naturaleza dependiente de los contextos, en especial cuando se está realizando un proceso investigativo. El análisis de concepto tiene como propósito principal aclarar un concepto de interés para la disciplina de enfermería.

Rodgers promueve un consenso en relación a lo que es concepto, indicando que estos son más que palabras o imágenes mentales y su definición partiendo sólo del uso, no es suficiente para captar la complejidad de algunos fenómenos. Así que propone que los conceptos son de naturaleza cognitiva, compuestos de atributos que son sacados de la realidad, expresados y utilizados para un fin común.

Las anteriores posturas de los teóricos de enfermería demuestran que existen diversas maneras de abordar el tema de conceptos, si bien plantean consensos sobre la relevancia de los conceptos en el desarrollo de teoría que propicie la identidad y el reconocimiento social de la disciplina [19], y al mismo tiempo dejan al descubierto la necesidad de identificar métodos apropiados para el desarrollo de conceptos, que den cuenta del origen concreto de los conceptos, los posibles cambios que pueden tener a lo largo del tiempo, los conflictos potenciales entre las situaciones reales y los conceptos desarrollados o clarificados y también la necesidad de acrecentar el conocimiento y promover su comunicación.

En consecuencia, nos acercaremos a algunas propuestas que han realizado los teóricos de enfermería para suplir la necesidad de un método que responda al desarrollo y la clarificación de conceptos desde una disciplina que estudia fenómenos complejos relacionado con el ser humano como es la enfermería.

5.1.3 Metodologías usadas para el análisis y desarrollo de conceptos en la disciplina de enfermería

Los problemas de tipo conceptuales a los que se pueden ver abocados los profesionales de enfermería son variados, en ocasiones puede haber confusión en los términos o palabras con las que se caracterizan una situación o fenómeno, también, pueden tener dificultad para sintetizar el conocimiento cuando un concepto ha tenido variadas definiciones, incluso arbitrarias, y además, es posible que se encuentren con conflictos o contradicciones entre un concepto y las situaciones que de este se experimentan en la realidad [23].

En relación lo anterior, encontramos planteamientos como los del filósofo Larry Laudan [126], quien indica que entre los principales problemas de tipo conceptual se encuentran: la falta de claridad de un concepto, los conflictos conceptuales por la superposición de teorías que compiten en relación a un concepto y las debilidades conceptuales de las teorías existentes relacionadas con los cambios en los contextos; este último, permite dilucidar la importancia de tener en cuenta los contextos tales como: antecedentes culturales, étnicos, patrones de vida, comportamientos, grupos sociales y además, aspectos específicos de diferentes disciplinas, para el desarrollo de conceptos.

En consecuencia, los logros al vincular, unir o integrar conceptos ya existentes con el fin de clarificar o desarrollar uno nuevo más acorde a las necesidades actuales

se convierte en un desafío para los investigadores en la disciplina de enfermería. Aunque existen diversos enfoques usados para aclarar o desarrollar conceptos, la elección de uno en especial será de acuerdo con el propósito de la investigación y el concepto que se desea trabajar. Siendo relevante reconocer las bases filosóficas y los supuestos del enfoque que acompañe la propuesta metodológica.

En un intento por desarrollar su cuerpo de conocimiento y de clarificar conceptos importantes para la disciplina, los teóricos de enfermería ha utilizado diversas metodologías investigativas; algunas provenientes de las ciencias naturales y otras de las ciencias sociales y humanas [127]. En las primeras encontramos enfoques cuantitativos como los estudios experimentales y los meta-análisis, en las ciencias sociales y humanas se tienen enfoques cualitativos como la etnografía, la fenomenología, la historiografía y la teoría fundamentada (TF), entre otras, los cuales han sido el sustento de muchas teorías generadas en la disciplina.

En relación con los conceptos como parte fundamental en el desarrollo de conocimientos en enfermería, tenemos dos términos que resultan importantes señalar, uno es análisis de concepto y el otro es desarrollo de concepto; aunque aparentemente parezcan sinónimos, en realidad son diferentes, así como los objetivos que se pretenden alcanzar con cada uno. El análisis de concepto es una forma de evaluación teórica basada en la literatura científica y es usado principalmente cuando se pretende aclarar o actualizar un concepto; mientras que el desarrollo de concepto se propone como un análisis teórico sumado al trabajo de campo desarrollado en la práctica que permite la comprensión profunda del concepto estudiado [128], lo que favorece la incorporación de conocimientos en un área sustantiva.

Generalmente se suele realizar un análisis de concepto antes de hacer el desarrollo de un concepto; los investigadores en la disciplina de enfermería suelen iniciar sus investigaciones relacionadas con desarrollo de conceptos haciendo un análisis crítico de la literatura, para luego centrarse en la forma como se manifiesta el concepto en la práctica [129]. Podría decirse incluso que los análisis de conceptos en la disciplina de enfermería han sido manejados como un enfoque metodológico que presenta diseños y procedimientos definidos para ser realizado.

Los teóricos e investigadores en la disciplina de enfermería han utilizado y adaptado métodos, así como diseños y procedimientos para el estudio de los conceptos. Entre los métodos y diseños tenemos: la meta-etnografía, que guarda relación con la metasíntesis [130], también el meta-análisis, las revisiones integrativas, el análisis de concepto y el modelo híbrido.

La meta-etnografía propuesta por Noblit y Hare [131] como una alternativa interpretativa para la síntesis en investigación, pretende integrar los resultados de estudios etnográficos, de teoría fundamentada y fenomenológica publicada en enfermería, si bien esta propuesta se adapta a los estudios cualitativos, su uso en la disciplina de enfermería ha sido limitado. Por otra parte los metaanálisis ofrecen una posibilidad interesante para realizar desarrollo de conceptos, cada vez este tipo de alternativas investigativas se está usado, con mayor frecuencia, en la disciplina de enfermería, en ella se integran estudios de tipo experimental de orden cuantitativo que ha sido evidenciados y verificados durante la práctica de enfermería, una característica ampliamente difundida es que en este tipo de estudios hay una disminución del sesgo por parte de los investigadores [132]. Por otra parte las revisiones integrativas pueden incluir los dos tipo de estudios (cualitativos y cuantitativos) permitiendo combinar resultados de estudios con metodologías diversas.

El análisis de concepto es uno de los enfoques más conocidos y usados en enfermería, su propósito principal es aclarar conceptos existentes; según Rodgers y knafl los fundamentos filosóficos de este enfoque se sustentan en Aristóteles, quien señala que el propósito de la investigación es identificar la esencia de las cosas. Algunos teóricos de enfermería han desarrollado procedimientos para el análisis de concepto, entre los cuales encontramos las propuestas de autores ya citados como Chinn & Jacobs, Chinn & Kramer, Walker & Avant, Rodgers & Satori. Las tres primeras propuestas están fundamentadas en la elaboración de análisis de concepto planteada por el filósofo John Wilson, el cual delimita el análisis de concepto en once pasos o procedimientos: 1. Aislar preguntas del concepto, 2. Encontrar respuestas correctas, 3. Caso modelo, 4. Caso contrario, 5. Caso relacionado, 6. Caso límite, 7. Caso de invención, 8. Contexto social, 9. Ansiedad subyacente, 10. Resultados prácticos, 11. Resultados en el lenguaje.

Chinn & Jacobs pretenden a través del análisis de concepto llegar a una definición tentativa de este, así como, a un conjunto de criterios por los cuales se puede juzgar si los fenómenos empíricos asociados con el concepto existen o no en una situación particular; para esto sugieren seis pasos o fases: 1. Identificar el concepto, 2. Especifique los objetivos, 3. Examinar las definiciones, 4. Construir casos, 5. Casos de prueba, 6. Formule los criterios. En este enfoque se usan casos que ejemplifican (modelo, contrario, límite y relacionados), estos sirven para identificar los criterios necesarios en la definición de un concepto; estos criterios son provisionales y en ellos se muestra el aprendizaje logrado acerca del concepto a través del desarrollo de casos y revisión de literatura, la cual se realiza de forma selectiva, o sea, partiendo de los casos analizados.

Chinn & Kamer, se fundamentan en Wilson y en Chinn & Jacobs, vistos en párrafos anteriores. Chinn & Kamer proponen cinco pasos o fases para el análisis de concepto: 1. Seleccionar el concepto, 2. Clarificar el objetivo, 3. Identificar las fuentes de datos, 4. Explorar y valorar el contexto, 5. Formular criterios. Estos autores ampliaron en el proceso de análisis lo que es considerado como fuente de datos (paso 3 y 4), pues, no se limitan a la identificación de casos (modelo, contrario, límite y relacionado), sino que incluyen imágenes visuales, literatura proveniente de investigaciones científicas y aquellas que no se desarrollan de investigaciones (no científica), esto con el fin de reconocer las diferentes maneras de acceder al conocimiento (patrones de conocimiento) que tiene la disciplina de enfermería, así mismo, consideran que diversas fuentes de datos aportan significados más ricos y útiles, en los cuales se logran apreciar las variaciones presentes de acuerdo a los contextos. Con la anterior propuesta, la intención es producir una definición tentativa del concepto y un conjunto de criterios con el propósito de determinar si el concepto "existe" en una situación particular [128].

Walker & Avant basándose también en Wilson presentan ocho pasos o fases: 1. Seleccionar el concepto, 2. Definir los objetivos del análisis, 3. Identificar los usos del concepto, 4. Determinar las definiciones de los atributos, 5. Identificar el caso modelo, 6. Identificar los casos adicionales, 7. Identificar los antecedentes y consecuencias, 8. Definir los indicadores empíricos [133]. En este enfoque la construcción de casos es lo que permite definir e ilustrar la presencia o ausencia de criterios que expliquen el concepto de interés y los conceptos relacionados con este. En esta propuesta para el análisis de concepto, se espera poder diferenciar entre los atributos relevantes que definen un concepto y los otros atributos que posee.

Rodgers por su parte integró las opiniones de filósofos como Toulmin y Wittgenstein, para sustentar su propuesta; en el análisis de concepto pretende aclarar el uso actual de un concepto con especial atención en los aspectos contextuales y temporales, que sirvan para proporcionar una base conceptual clara al realizar una búsqueda de documentación que favorezca una investigación más profunda. Además, considera que los conceptos están en continuo cambio y desarrollo. Para este enfoque propone 8 pasos o fases: 1. Identificar el concepto de interés, 2. Identificar términos sustitutivos, 3. Identificar una muestra para la recolección de datos, 4. Identificar los atributos del concepto, 5. Identificar referencias, antecedentes y consecuencias del concepto, 6. Identificar conceptos relacionados, 7. Identificar el caso modelo, 8. Conducta interdisciplinaria y comparaciones temporales. A diferencia de los anteriores enfoques la autora sugiere tener sólo un caso modelo, pues considera que, con la presencia de otros casos como el contrario o el límite, el concepto presenta la impresión de ser inmutable.

Sartori [134] se basa en Ogden y Richards [135] para llegar a una definición del concepto que sea adecuado y armonioso. Se centra en la relación entre el significado, las palabras y los referentes. Sartori describió un proceso de tres pasos o fases para el análisis de concepto: 1. Reconstruir el concepto, 2. Seleccionar el término de designación, 3. Reconceptualizar el concepto. En comparación con los otros enfoques, este no utiliza presentaciones de casos. Los teóricos de enfermería han encontrado este enfoque especialmente útil para el análisis de concepto como una etapa inicial en el desarrollo de concepto, al permitir renombrar y refinar el concepto de interés.

Ahora bien, para el desarrollo de conceptos además de los enfoques cualitativos y cuantitativos provenientes de las ciencias sociales y las ciencias naturales, encontramos en la disciplina de enfermería una propuesta llamada “modelo híbrido” [117], que si bien no ha sido ampliamente utilizado en el desarrollo de concepto, es una alternativa interesante para la construcción de conocimiento en la disciplina.

El Modelo híbrido propuesto por Schwartz-Barcott & Kim [117] es usado para el desarrollo de concepto al incorporar en sus procedimientos actividades tanto teóricas como empíricas. Esta propuesta consta de: 1. Fase teórica, 2. Fase de trabajo de campo y 3. Fase de análisis final. Cada fase está sustentada en diferentes autores; es así como la primera fase relacionada con el análisis de conceptos y la tercera fase con el desarrollo de conocimiento, están basadas en Wilson [136] y Reynolds [137][138]. Este último autor propone que se examine la naturaleza de los conceptos y sus afirmaciones, analizando la utilidad de los conceptos abstractos versus los conceptos que se han cuantificado y medido. La segunda fase, en la cual se desarrollan los estudios de campo, las autoras consideran, el texto *Field research: Strategies for a natural sociology* [139] en el cual se ofrecen técnicas para la recolección de los datos, formas de realizar las entrevistas y de manejar la información recolectada.

En la primera fase o fase teórica de este modelo, se selecciona un concepto con el cual se desea trabajar, posterior a esto se realiza una revisión de la literatura en la cual se compara y contrasta definiciones ya existentes del concepto elegido, esta revisión facilita identificar la esencia del concepto elegido, sus atributos, antecedentes y consecuencias definitorias. La definición encontrada en esta fase será el sustento teórico para realizar la segunda fase o trabajo de campo.

En la segunda fase suelen recogerse los datos de campo, los cuales son de tipo

cualitativo; la recolección de los datos provenientes de la literatura continúa también durante la segunda fase, entonces, en este punto ambas fases se superponen. En la segunda fase el enfoque analítico de Wilson (1969) ayuda en la selección de casos que deben recolectarse. Ya en la tercera fase se realiza la interconexión del análisis teórico con las ideas obtenidas de los estudios de campo, realizando la integración de los resultados obtenidos en las fases anteriores; se redactan los resultados y se captan posibles alteraciones que sean motivo de un nuevo refinamiento o clarificación del concepto desarrollado.

La gama de enfoques propuestos por los teóricos de la disciplina de enfermería procuran dar un orden lógico a la manera como se desarrolla o clarifican los conceptos, en tanto que, la superposición de pasos o fases nos muestra el dinamismo y la flexibilidad que se debe tener cuando se está desarrollando conocimiento en la disciplina de enfermería.

Es claro que los conceptos tienen relevancia en la disciplina de enfermería porque a través de estos se sustentan las teorías que provienen de las prácticas de cuidado [7][85][140]. En consecuencia, conocer estas autoras ayuda a establecer las bases para el desarrollo y la clarificación de conceptos en la disciplina de enfermería.

5.2 Referentes disciplinares: ontoepistemología y jerarquía de la estructura de conocimiento en enfermería

A lo largo del tiempo las disciplinas han desarrollado su cuerpo de conocimiento sustentadas en corrientes filosóficas, que permiten la identificación de los aspectos ontológicos y epistemológicos que las conforman. Es así como la disciplina de enfermería influenciada por diversas propuestas filosóficas, se abre paso en identificar los aspectos ontológicos y epistemológicos en los que se encuentra inmersa, propiciando que se desarrolle conocimiento nacido de la práctica y de la investigación.

La palabra ontología viene del griego “οντος del ente”, que es un genitivo del participio del verbo εἶμι “ser, estar”; y λόγος “ciencia, estudio, teoría”, por tanto podría entenderse como el estudio de lo que es [141]. Además, la palabra epistemología viene del griego ἐπιστήμη episteme que significa conocimiento, y λόγος logos que indica estudio, lo cual sugiere que es el estudio del conocimiento [141].

La ontología ha sido entendida por los filósofos de maneras diversas, por ejemplo Immanuel Kant plantea que esta proviene del entendimiento, de las ideas innatas y a priori que forman los conceptos, los cuales pueden ser después usados en la experiencia; es más concretamente la identificación de la esencia [105]. Edmund Husserl [142] la define como la ciencia de las esencias que estudia las propiedades primordiales de estas y también su representación en los objetos del mundo, las cuales son vistas como esencias materiales. Martín Heidegger [143] por su parte habla de la ontología como las disposiciones que posibilitan descubrir la naturaleza de la existencia del ser. Mientras que Nicolai Hartmann [144] define la ontología como una crítica de la realidad, la cual propicia el descubrimiento racional e inteligible de contenidos implícitos fidedignos.

La filosofía de enfermería partió de cuestionamientos ontológicos: ¿Qué es y que no es enfermería? [145][146]. El intento por dar respuesta a esta pregunta, promovió los primeros desarrollos investigativos de la disciplina, la cual mediada por las corrientes investigativas de la época (relacionada con las ciencias naturales), se centró en aspectos biológicos. Pero tras un análisis más profundo, aprovechó los desarrollos investigativos propuestos por las ciencias sociales y humanas [147], lo que la llevó a trascender los límites de lo biológico e intentar integrar el contexto social al cuidado. Como resultado de esto, surge la clarificación de lo que es la enfermería, respondiendo a cuestionamientos de tipo ontológico y la forma en la que se acerca a los fenómenos para producir conocimiento, en su intento por responder a cuestionamientos de tipo epistemológico.

Como parte del desarrollo ontológico, desde mediados del siglo XX hasta la actualidad, la disciplina de enfermería emprendió el desafío de generar sus propios conocimientos. Partió de investigar a cerca de la forma en la cual realiza sus prácticas, a fin de construir la realidad desde su propia perspectiva, así como un foco común para la práctica, y unificar los conceptos básicos en los cuales esta práctica se realiza [14]. Este foco disciplinar consiste en el cuidado de los seres humanos durante su experiencia de vida, en la cual está incluido también el proceso de la muerte [148] [82].

Los conceptos básicos que fundamentan la enfermería han sido llamados por algunas teóricas de la disciplina: Paradigma o Metaparadigma de enfermería [149][150]; éste último término propuesto porque la disciplina de enfermería no se fundamenta en un sólo concepto, sino en cuatro, los cuales sustentan el desarrollo disciplinar y la práctica; estos son: 1) Ser humano, persona o cliente, 2) contexto donde se brinda el cuidado, 3) proceso de salud o enfermedad y 4) cuidado de

enfermería [150].

En su consolidación como disciplina, los profesionales de enfermería fundamentados en los conceptos básicos y en el foco de la disciplina (aspectos ontológicos), así como, en la práctica, la investigación y el desarrollo de teoría (aspectos epistemológicos), han definido las formas en que se puede ver la realidad [151]. Como resultado encontramos las visiones del mundo en la disciplina de enfermería que tanto Fawcett como Newman [18][85][152] las han clasificado en tres: de reacción o particular determinística, de reciprocidad o interactiva integrativa y simultánea o unitaria transformativa.

La epistemología como parte fundamental en el desarrollo de una disciplina, se encarga de indagar los principios sobre los cuales se fundamenta el conocimiento, los tipos de conocimiento y la forma más adecuada de llegar a ellos, develando relaciones lógicas y aspectos metodológicos. En la disciplina de enfermería el desarrollo epistemológico permitió identificar dos puntos importantes, el primero hace referencia a los tipos de conocimiento con los cuales se desarrollan las prácticas, y el segundo trata sobre las formas más adecuadas para implementarlos. Con relación al primero, Barbara Carper [153][75] definió cuatro maneras de adquirir conocimiento: personal, estético, ético y empírico. Para el segundo, Melies propuso diversos roles que los profesionales de enfermería desempeñan para implementar el conocimiento de forma adecuada: educador, administrador, cuidador e investigador [154] [7,149].

El desarrollo de conocimientos que florece a mediados del siglo XX se extiende hasta la actualidad y ha propiciado la generación de modelos y teorías en la disciplina, estos provienen de la investigación y la necesidad de desarrollo teórico para guiar la práctica, se convierten en el eje central de los principios epistemológicos, que conjuntamente con la identificación de los principios ontológicos, sustentan la definición de conceptos sobre los fenómenos de interés [97].

En el siguiente apartado trataremos aspectos ontológicos y epistemológicos de la disciplina de enfermería, iniciamos con el metaparadigma de enfermería, continuando con las visiones de mundo, los patrones de conocimiento, los roles de los profesionales y finalizamos con las definiciones de: modelos, teorías, indicadores empíricos y microteoría.

5.2.1 Metaparadigma de Enfermería

El metaparadigma de enfermería fue reportado en la literatura en la década de los 70' del siglo XX; Jaqueline Fawcett [18][85] lo identificó por medio del análisis y la unificación de cuatro conceptos que eran comunes en los modelos y teorías de enfermería generadas hasta ese momento. El metaparadigma ha tenido varias definiciones, fue descrito por Margaret Hardy en 1978 [155] como un mapa que guía el pensamiento científico, el cual era incomprensible para el mundo. Otra definición fue establecida por Mary Smit 1979 [156], quien hace referencia a un camino para estructurar y organizar los fenómenos de enfermería. Fawcett continúa analizado los conocimientos generados en la disciplina, logrando que sean reconocidos como los enunciados o grupo de enunciados que permiten identificar la relevancia de un fenómeno. Como ya se planteó, este metaparadigma está conformado por: *Ser humano, Cuidado enfermero, Ambiente y Proceso de salud-enfermedad*.

Una característica importante de los conceptos que integran el metaparadigma de enfermería es que no son estáticos, siendo susceptibles de ser refinados, redefinidos y aclarados de acuerdo con los cambios en las visiones del mundo, las teorías que los sustentan y los contextos en los cuales se desarrolla la práctica. Desde este punto de vista, encontramos que no existe una definición única para los conceptos de salud, enfermedad, cuidado, ambiente y ser humano, coexisten tantas definiciones como contextos e incluso individuos haya; lo que implica que las diferentes definiciones tendrán validez, siendo oportunas y adecuadas de acuerdo al contexto y al fenómeno que produjo su definición. Esto, antes de generar temor por una posible anarquía en el desarrollo de conceptos, ha servido de estímulo para que teóricos de la enfermería desarrollen conocimientos explicando estos conceptos fundamentales a la luz de sus teorías; las cuales, suelen ser analizadas por investigadores que integran los conceptos con mayor relevancia a nuevas teorías, contribuyendo al desarrollo teórico en enfermería.

A continuación realizaremos algunos acercamientos a las definiciones de estos conceptos.

5.2.1.1 Ser humano

Este concepto tiene una estrecha relación con la filosofía, y ha sido motivo de estudio, fábulas, mitos y discursos a los largo de historia; así que proponer una definición para este concepto no es un asuntos sencillo, pues tal como los plantea Martin Heidegger [157], el ser es el concepto “más universal que sobrepasa toda

universalidad genérica; así que el ser es trascendental”.

Muchas culturas primitivas han relacionado el término con su raíz latina “Humus” tierra, o sea, nacido de la tierra [158]. En la cultura griego por ejemplo según Platón [159], en el principio de los tiempos cuando los dioses crearon la especie humana, “la moldearon en las entrañas de la tierra y mezclaron tierra con fuego y cuantas materias se combinan con fuego y tierra”. Platón también habla en sus escritos de “hombre”, no refiriéndose al sexo biológico, sino utilizando este término para referirse a la humanidad, a la especie humana.

La característica principal de este hombre Platónico salido de la tierra, que le diferencia de todo lo viviente, es poseer como principal facultad la sabiduría de las artes y el fuego, ofrecidos por Prometeo como regalo, de manera que tuviese la sabiduría para conservar su vida. El simbolismo del fuego es en este mito platónico el medio por el cual las cosas creadas por el ser humano se hacen útiles “ya que sin el fuego era imposible que la sabiduría fuera adquirida por nadie o resultase útil” [159].

Este arte y sabiduría para conservar la vida, le permiten transformarse a sí mismo y a lo que está circundante, el ser humano desde la visión Platónica es pues un ser con la posibilidad de, o sea, con carta abierta para la transformación y el cambio en pro de sí.

Desde la visión Aristotélica [110] el ser humano posee varias acepciones, una es las esencias, otras las cualidades, cantidades, relaciones acciones, lugar y tiempo. No obstante, entre todas estas, el autor propone la esencia como la más importante, la primera. Según este autor la esencia se divide en eterna, perecedera e inmóvil, la primera, posee diversidad de elementos que la contiene, la segunda, nos habla de que es cambiante y transitoria y la tercera, indica que la esencia es, independiente del ser en movimiento o transformación.

La principal característica del ser humano como esencia propuesto por Aristóteles [110] es que esta es lo particular, representa lo propio de un ser, lo distintivo, o sea, da al ser humano la particularidad de ser único. Por lo tanto, las otras acepciones cualidades, cantidades, acciones, lugar y tiempo, son diversos atributos que no les es posible estar presente en el ser sino a través de la esencia.

La visión Aristotélica del ser humano como esencia [110] plantea que este es susceptible al movimiento pues tanto su componente eterno como perecedero son

sensible y móviles. Esto nos indica que el ser humano está en continuos cambios, los cuales pueden ser de producción y destrucción (esencia), aumento y disminución (cantidad), alteración (cambio de cualidad) y movimiento (cambio de lugar).

De estos posibles cambios que puede tener un ser humano, surge la posibilidad de un ser en potencia y un ser en acto, pues los cambios se hacen tangibles cuando se pasa de un ser a otro [110]. La potencia es el principio del cambio, al indicarnos que *puede* presentarse modificaciones, mientras que el acto es un fin. La potencia revela la posibilidad de que algo pueda convertirse en acto, más no todo lo que está en potencia se convertirá en acto. Es así como, frente a la visión Aristotélica del ser humano, hallamos que éste está en potencia, que se mueve, que es objeto de cambio, que se transforma y que tiene la particularidad de poseer algo que es único y propio, su *esencia*.

Immanuel Kant [160], nos plantea un ser humano dotado de razón, por medio de la cual se expresa su autonomía y a través de esta la libertad. Esta noción de ser humano autónomo surge en la tercera formulación del imperativo categórico en el cual afirma que la voluntad que posee el ser humano es la que lo auto-legisla; esta voluntad es vista como una causa presente en el ser humano por su posibilidad de razonar. En tanto que la libertad es una propiedad que surge de la posibilidad que tiene el ser humano de ser independiente de asuntos que lo condicionen; siendo así la libertad la característica principal de una voluntad autónoma,

Según Kant [160], la voluntad del ser humano tiene la capacidad de ser auto-legisladora, lo que indica que no está supeditada a una ley exterior sino a su propia ley, llevándonos a la presunción de un ser humano que a través de la razón expresa su autonomía haciendo uso de su libertad.

De otro lado, en la disciplina de enfermería teóricas como Jean Watson [161–163] han definido el ser humano como un ser “sintiente”, único, capaz de obrar con libertad y autonomía. También es definido como un ser dinámico, flexible en constante movimiento y transformación [164], posturas muy relacionadas con las visiones filosóficas vistas anteriormente.

Hildegard Peplau [165], por ejemplo, considera el ser humano como un organismo en un equilibrio-inestable, el cual busca a lo largo de su existencia la estabilidad, estar en equilibrio. Para pensar en el ser humano como organismo, los académicos en enfermería se apoya en la teoría de sistema propuesta por Ludwig von Bertalanffy [166] representante de la ciencias naturales, quien planteó que un

organismo está integrado por la suma de sus partes, estas partes pueden funcionar de forma independiente y a la vez integradas para que todo el organismo funcione adecuadamente.

Tanto la teoría de sistemas como las propuestas filosóficas, han propiciado que en la disciplina de enfermería el ser humano pueda ser visto de diversas maneras: 1. Pasivo y fraccionado que no se relaciona con el ambiente externo y que está confinado a ser la suma de sus partes discretas, 2. Un ser integrado que no está reducido a sus partes [167,168], 3. Un ser como algo único, auto-organizado e irreducible, que está en sincronía con él mismo y con su entorno de forma simultánea [169].

Es así como el ser humano en la disciplina de enfermería presenta diferentes denominaciones, relacionadas con las teorías existentes. Algunas teóricas han hecho referencia a este concepto como persona o cliente, más este ha sido analizado y modificado hasta llegar al nombre actual que tiene concepto. Este concepto según Fawcett hace referencia a los individuos, familias o comunidades, actores de una cultura, también incluye otros grupos que son quienes participan en el cuidado [167].

Los conceptos del metaparadigma se encuentran estrechamente relacionados, así que, el concepto de ser humano guarda una conexión con el cuidado, debido a que el ser humano es quien participa del cuidado o es su receptor [163].

5.2.1.2 Cuidado de Enfermería

Este concepto ha sido nombrado de formas diferentes, algunos teóricos de la disciplina de enfermería le ha llamado simplemente “cuidado”, mientras otros insisten en la importancia de ponerle al término el sintagma preposicional “de enfermería” procurando hacer más claro su vínculo con esta disciplina; otros hablan de cuidado profesional, haciendo énfasis al cuidado ofrecido por un profesional que para el caso es de la disciplina de enfermería.

Este concepto ya sea llamado cuidado, cuidado de enfermería o cuidado profesional, es complejo, al encontrarse estrechamente relacionado con el ser humano y el entorno, espacio intrínseco o extrínseco, en el que este vive. Como el ser humano es único, dinámico, adaptable y flexible, circunscribe el cuidado a estas características particulares. El concepto de cuidado al igual que el de ser

humano es amplio, desarrollándose sobre él múltiples definiciones y propuestas teóricas [167]. Lo anterior indica que cada teoría propuesta presenta su respectiva definición de este concepto, de acuerdo al fenómeno que en ella se desarrolla; por ejemplo, según Watson el cuidado es parte fundamental del ser humano, siendo el acto más primitivo que éste realiza para llegar a ser [163]. Es por ello que referirnos a este concepto con una definición única no sería coherente ni adecuado; así que, hablaremos del cuidado identificando sus características principales y resaltando lo que este implica en la disciplina de enfermería.

El cuidado es fundamental en la disciplina de enfermería [170] al ser el objeto de conocimiento, tratado tanto en los discursos teóricos enmarcados en la producción de literatura científica, como en la práctica, en donde suele ser conocido como prácticas de cuidado. El cuidado es pues el eje central que diferencia la enfermería de otras disciplinas relacionadas con el área de la salud [171].

Etimológicamente cuidado proviene del latín *cogitatus*, que indica reflexión, pensamiento, interés reflexivo que se le pone a algo; este *cogitatus* parte de *cogitare* (pensar, reflexionar) que a su vez se compone de *co-* (acción conjunta o global) y *agitare* (poner en movimiento, agitar, darle vueltas a las cosas), frecuentemente se relaciona también con llevar hacia adelante, hacer avanzar, mover, tratar, actuar [172]. Desde este punto de vista, el cuidado es un proceso donde se combinan la reflexión y la acción con la intención de movilizar.

La movilización por la que propende el cuidado está estrechamente relacionada con asegurar la continuidad de la vida, de la existencia [173] [174]. Mientras que la acción es un acto de reciprocidad que se da entre humanos, compuesto por una vinculación entre conocimiento, reflexión y acompañamiento (estar ahí), con el objetivo que la vida se mantenga, conserve, reproduzca y desarrolle [174].

Como dijimos anteriormente, el cuidado de los seres humanos no es un asunto estático y ha tenido diversas transformaciones a lo largo de la historia, vinculadas a los avances científicos, los cambios que han surgido en la sociedad, la percepción de lo económico y el desarrollo de conocimiento [174]. Es así como el cuidado que en la antigüedad se encontraba relacionado con la mujer; a partir del siglo XIX experimenta algunas transformaciones vinculadas principalmente con el objeto de comprender mejor la complejidad biológica [174] [175]. Esto último, derivado de la fragmentación del ser humano tanto en lo biológico como en lo mental, centrado así el cuidado en contrarrestar los efectos que la enfermedad genera a la supervivencia humana [174].

Entonces al crearse el cuidado de la enfermedad, se requiere de seres humanos cualificados, con conocimientos y que tengan preparación sobre cómo lograr que los seres humanos recuperen o mantengan su salud; este es pues el surgimiento de la enfermería como profesión [174] [176]. En la actualidad, el cuidado de enfermería no está exclusivamente circunscrito a la enfermedad, pues los profesionales de enfermería orientan el cuidado en dos sentidos, uno hacia la recuperación de la enfermedad y el otro hacia el cuidado de lo natural y de la vida [174].

Bien sea un cuidado centrado en la experiencia de vida durante la enfermedad o en ausencia de ella, “cuidar se considera un acto de vida” [174]. Por tanto, el cuidado no se enmarca específicamente en lograr la curación y si en procurar las condiciones para que el ser humano cuidado pueda hacerse cargo de sus predicamentos; y de allí la relevancia de cuidar, ya que no siempre es factible curar, pero siempre es posible cuidar [163].

En relación con el objeto que tiene la disciplina de enfermería el cual es cuidar al ser humano en su experiencia de vida, se busca formar profesionales reflexivos, en continua adquisición de conocimientos científicos y éticos, encaminados a procurar los elementos necesarios para que los seres humanos puedan gestionar, las mejores condiciones para su vida [177]. Los conocimientos éticos ofrecen a los profesionales de enfermería en formación bases para realizar, lo que algunos autores han denominado un cuidado amoroso, este concibe el cuidado profesional orientado a seres humanos con diversos valores morales, condición social, raza y credo, tomando al ser humano como único, libre, autónomo y válido [177].

Vemos que el cuidado se entrelaza con el cuidado profesional y que este último se diferencia de uno que no lo es, debido a que los profesionales de enfermería saben por qué, para qué, cómo, cuándo, dónde y de qué manera debe hacerse una acción encaminada a cuidar, enmarcada en conocimientos científicos y humanísticos que “permiten mantener el bienestar del ser humano mediante acciones de cuidado y enseñanzas en el mantenimiento y conservación de la vida” [174], en condiciones de salud y/o enfermedad [177].

El cuidado profesional se ejerce a través de la práctica, llamada también en la disciplina de enfermería “práctica de cuidado”. En esta práctica, los profesionales de enfermería se proponen satisfacer las necesidades sentidas por los seres humanos que cuida. Conocer estas necesidades implica que los profesionales se acerquen de forma individual y particular a los seres humanos que están cuidando, y partiendo del conocimiento que adquieren durante la interacción, logren clasificar, priorizar y realizar acciones que aporten en la resolución o superación

de las necesidades encontradas [163].

Las prácticas de cuidados ofrecidas por los profesionales de enfermería pueden ser a nivel individual y física, también, abarcar niveles donde se integre el contexto social e incluso donde el ser humano es asumido como parte de un todo. Desde este punto de vista las prácticas de cuidado pueden ser: 1. intervenciones puntuales y medibles, las cuales tiene como finalidad la corrección o recuperación de las causas o etiologías que están generando una alteración en el funcionamiento de los órganos o los sistemas presentes en un ser humano, 2. acciones basadas en un conocimiento propio e individual de las actitudes, aptitudes, motivaciones, etapa de la vida que cursa, así como, las distintas culturas con las que interactúa el ser cuidado, desde este punto de vista el cuidado pretende ser integral y a la vez será único y diverso, siempre acordes a cada ser humano. 3. son acciones que se integran en un todo durante la vivencia humana, en este tipo de cuidado hay una realimentación entre el profesional de enfermería y el ser humano cuidado, sustentada en la empatía, el reconocimiento de la individualidad y la participación continua [167,168].

Las prácticas de cuidado son eventos que se dan entre seres humanos, principalmente entre el profesional de enfermería y el ser humano que es cuidado, por tanto, el cuidado es una interacción interhumana; la conexión entre estos seres humanos está determinada por la responsabilidad y el interés que el profesional siente por dar respuesta a las necesidades del ser humano que cuida y por su parte este, con apoyo del profesional, no es sólo un receptáculo de acciones e información sino que participa activamente en encontrar soluciones para mejorar su propia realidad y dar significado a su existencia [163,174].

Según Watson en el cuidado hay un ser (profesional de enfermería) en relación a otro (ser humano cuidado) que lo invoca [163]. El profesional de enfermería en este acto recíproco demuestra deseo y compromiso por cuidar. Además, durante las interacciones que implica el cuidado, tanto el profesional de enfermería como el ser humano cuidado, eligen acciones que promuevan el desarrollo humano, la integridad y la armonía [178]. El cuidado es cobijado por una conciencia íntima en la cual se da una apertura por el otro con un acuerdo sincero, en el cual se comparten los conocimientos y vivencias.

Durante el cuidado, los profesionales de enfermería se ven abocados a adquirir o desarrollar diversas cualidades, aptitudes y actitudes que respondan a la invocación realizada por ese otro que solicita su ayuda, participación y/o compañía. Como parte de estas cualidades, aptitudes y actitudes encontramos: la compasión, la empatía, compromiso hacia el otro, la posibilidad de reconfortar,

preocupación por el otro, sinceridad, respeto, responsabilidad, así como promover la libertad, la libre elección y la autonomía [171] [170,177].

Como parte de las capacidades, aptitudes y actitudes que los profesionales de enfermería tienen durante las interacciones de cuidado, sobrevienen algunos elementos esenciales, que favorecen la interconexión entre los seres humanos, entre estos elementos encontramos: la escucha, el acompañamiento, compartir vivencias en las que se incluya el contacto físico, el interés por el otro, así como la atención a las necesidades del otro, la búsqueda de las mejores alternativas de cuidado y autocuidado donde se incluya el desarrollo y crecimiento del ser humano [177].

En la búsqueda de alternativas para brindar cuidado, los profesionales de enfermería han vinculado a este, procesos educativos, los cuales no son normativos, sino que la educación en el cuidado es más bien parte de la interacción entre el profesional de enfermería y el ser humano, donde valiéndose de la comunicación y la escucha, se crea una interrelación comprometida en el desarrollo de los seres humanos. El cuidado profesional se expresa a través de los procesos de enseñanza-aprendizaje, lo cual es esencial para el cuidado en los diversos contextos, en los cuales se evidencian conocimientos aprendidos por los profesionales [174].

El proceso educativo está inmerso en el acto de cuidar y favorece la construcción de escenarios en los cuales los seres humanos cuidados y el profesional de enfermería interactúan construyendo una relación, procurando asumirse como interlocutores válidos y recurriendo a estrategias, conocimientos y prácticas por medio de las cuales, se busca desarrollar al máximo las capacidades para mantener y conservar la vida, o también, solucionar problemas y necesidades provenientes del desconocimiento o la falta de información adecuada frente a un evento o situación que restringe su supervivencia [163,174]. Por tanto, la educación propende por el desarrollo de la autonomía y la libertad humana y durante esta los profesionales de enfermería y los seres humanos son copartícipes [177].

Esta coparticipación lo que demuestra es que el cuidado de enfermería es una conjunción entre el profesional de enfermería y el ser humano cuidado, los cuales se entrelazan en un acto de vida. La interacción como característica principal del cuidado ofrece oportunidades valiosas a los participantes, al promover que estos no se separen de sus propias existencias sino que aún con ellas, se puedan influenciar de forma recíproca uno al otro [177]. Lo más importante de la interacción como parte del cuidado es que permite al profesional de enfermería

tener contacto con el ser humano que cuida para ayudarse mutuamente en su desarrollo y transformación, adquiriendo, ampliando o modificando conocimientos [171,179,180]

La reciprocidad de la interacción durante el cuidado propende por la complacencia de los diferentes participantes, por un lado, los seres humanos cuidados buscan satisfacer sus necesidades y por otro, los profesionales de enfermería sienten satisfacción durante el cuidado cuando convergen la preocupación por el ser humano, la atención de sus necesidades y la posibilidad de aportar a su crecimiento y desarrollo [170].

El ser humano cuidado se ubica en un tiempo y lugar, por lo que se encuentra en continua y estrecha relación con su medio ambiente [171,181]. En consecuencia, el medio ambiente, entorno, contexto e incluso la cultura son elementos presentes en el cuidado [177]. Lo anterior implica que el cuidado se realiza de acuerdo a las prácticas culturales de los seres humanos, así que, el cuidado será algo particular, pero a la vez, circunscrito a un contexto específico, una época determinada y una ubicación geográfica [163]. Cuidar de acuerdo al contexto, medio ambiente, entorno y cultura, permite evidenciar un cuidado que puede realizarse no sólo a un ser humano individual, sino que es también transferible a grupos y colectivos de seres humanos que se encuentren en un tiempo, lugar y cultura determinada [163].

En conclusión el cuidado como un rasgo o condición natural de los seres humanos es interacción y conexión entre dos o más seres humanos, mediada por el afecto, el compromiso hacia sí mismo y hacia el ser humano cuidado, teniendo en cuenta elementos como la cultura y el contexto para realizar una acción o intervención de tipo terapéutica, realizada con el objetivo de mantener o preservar la existencia humana [171]. Fawcett al definir este concepto, asevera que el cuidado de enfermería es lo que define la disciplina, además, identifica acciones ejercidas por los profesionales de enfermería para integrarse con los seres humanos que cuidan, visualizadas como procesos mutuos entre los participantes. Las acciones incluyen los objetivos o resultados esperados, así como los procesos que abarcan actividades de valoración, etiquetamiento o diagnóstico, intervenciones y evaluación [167].

5.2.1.3 Medio ambiente

Este concepto también se encuentra estrechamente vinculado con el ser humano,

por esto, al igual que los conceptos tratados anteriormente, no tiene una definición fija o inflexible; es enunciado de formas variadas en las diferentes teorías de acuerdo al fenómeno tratado en cada una de ellas [182]. Al existe un consenso general en el cual se propone que el cuidado ocurre en un tiempo y espacio [171,181], el medio ambiente condiciona la forma en que el cuidado debe ser brindado.

En general, este concepto ha sido llamado de formas diferentes, unos teóricos de enfermería le han llamado medio ambiente, otros entorno, contexto e incluso se le ha vinculado el término cultura, no como sinónimo sino como una forma en la que este concepto se expresa en un lugar y tiempo determinado [183,184].

Al indagar etimológicamente las diferentes terminologías encontramos que la palabra ambiente proviene de *ambientis* que significa, abarcar el entorno, que rodea, que está alrededor [172]; la palabra contexto se deriva del vocablo latino *contextus*, que se refiere a todo aquello que rodea, ya sea de manera física o simbólica [172], a un acontecimiento; y la palabra entorno es lo que rodea, proveniente del sufijo *en* (sobre) y *toruns* que es vuelta o giro [172]. De acuerdo con lo anterior, las distintas terminologías usadas para este concepto se refieren a aquello que rodea, que envuelve, que está alrededor. En consecuencia, los términos ambiente, contexto y entorno son vistos como sinónimos para la disciplina de enfermería, constituyéndose así en todo lo que rodea al ser humano durante su experiencia de vida [184].

En la disciplina, este concepto nace con la enfermería como profesión, al ser Florence Nightingale quien realza su importancia, ella sustenta en este concepto parte de las acciones para el mantenimiento y la supervivencia de los seres humanos a su cuidado [182]. Aunque Nightingale no habla en sus escritos explícitamente del concepto medio ambiente, entorno o contexto, sí describió detalles de los componentes que deben tenerse en cuenta en un medio físico para brindar cuidado: ventilación, calor, luz, limpieza, alimentación adecuada y ausencia de ruido [185]. Si bien estos componentes están relacionados con el medio físico, también se relacionan con los aspectos psicológicos (estrés-ruido) y sociales del ser humano (medios para la eliminación adecuada, aire y agua limpios) [183].

Nightingale [185] centró la mayor parte de sus instrucciones para el cuidado de los seres humanos en la siguiente triada: la relación del ser humano con su ambiente o entorno, la relación entre el profesional de enfermería y el ser humano cuidado, así como, la relación entre el profesional de enfermería y el ambiente o entorno del ser humano a su cuidado. Aunque Nightingale no estaba adscrita a la teoría

microbiana, en sus escritos se considera que el manejo de un entorno físico adecuado aporta a la prevención y recuperación de las alteraciones de los seres humanos.

Otro aporte de Nightingale [185] está relacionado con la inclusión de lo social como un elemento importante en el cuidado, al plantear que un ser humano en estado de pobreza, puede mejorar su salud si, sus condiciones ambientales mejoran, impactando tanto su estado físico como su mente. También, propone la necesidad de la atención domiciliaria, en la que a través de procesos educativos, los seres humanos mantengan al máximo su independencia durante el proceso de cuidado.

Posterior a Nightingale otras teóricas han hablado de este concepto, entre estas, Katherine Kolcava [186], la cual con su teoría sobre el confort, plantea que la experiencia de lo medio ambiental responde a un tipo de comodidad en la que el entorno puede ser manipulable con el objetivo de hacer que el ser humano se sienta más cómodo [187]. Otras teóricas tales como Virginia Henderson, Dorothea Orem y Ramona Mercer han planteado este concepto como los: factores físicos (aire, temperatura, sol, etc...), químicos, biológicos (edad, capacidad física e inteligencia) y sociales (entorno cultural, red de apoyo, la cultura del individuo), tanto del entorno próximo (familiar) como del no próximo (comunidad), que pueden influir e interactuar con el ser humano.

De otro lado Imogene King [188] y Betty Newman [189] fundamentadas en la teoría de sistemas, nos hablan de ambiente interno y externo, en los cuales se realiza un intercambio de energía, materia e información; dicho intercambio se realiza entre el ser humano y el profesional de enfermería, el ser humano y su ambiente o entorno y el ser humano consigo mismo. Martha Roger [190], por su parte, al hablar del ser humano unificado destaca que este se encuentra en continuo intercambio energético y material con su ambiente o entorno, lo que le permite desarrollar su potencialidad hacia la transformación. Las propuestas conceptuales de King, Newman y Roger sobre el ambiente o entorno, superan la visión de lo físico, vinculándolo a un proceso de interacción.

Con las anteriores definiciones, se evidencia que este concepto es flexible al confluir en él aspectos o características multidimensionales, donde se conjuga lo histórico, social, situacional, político, relacional, económico y físico, esta última haciendo referencia a los elementos que circundan de forma inmediata al ser humano (aire, agua, calor...), claves en la prevención o la movilización hacia un proceso de curación. La integración de estos distintos aspectos o características, permiten ver el concepto de ambiente o entorno de una forma más amplia, donde

hay una coexistencia de estas características en los diferentes seres humanos que interactúan, favoreciendo la posibilidad de cambios y transformaciones mutuas [187].

Este concepto de ambiente o entorno al que el ser humano se integra y con el que interacciona, potencia la satisfacción de las necesidades centrándose en una relación armónica consigo mismo y con las características multidimensionales a las que se encuentra vinculado [163].

El concepto de ambiente o entorno en relación con el cuidado está relacionado con dos aspectos, uno es el *lugar físico* y el otro, *el momento de interrelación* de los seres humanos que se vinculan durante los instantes de cuidado, donde se intercambian y transforman las características multidimensionales que los diferentes seres humanos tienen integradas a su ser [163]. Este lugar físico tendrá unas características particulares, además de las propuestas por Nightingale (aire puro, calor, luz etc...) se espera que sea un lugar que propicie la privacidad, asegure la confidencialidad y donde se pueda realizar una interacción sin interrupciones y favoreciendo el crecimiento mutuo de los seres humanos que interactúan (profesional de enfermería y ser humano cuidado) [191].

El lugar físico ofrece un espacio adecuado donde se hace posible la interacción durante los momentos de cuidado. La interacción y el intercambio entre los seres humanos que es el otro aspecto relacionado con el concepto ambiente o entorno, hace referencia a un tipo de ambiente intangible físicamente, y de hecho, no depende exclusivamente del espacio físico, sino que va más allá de este. Este tipo de ambiente es un espacio inmaterial pero fundamental para el cuidado, donde el profesional de enfermería y los seres humanos cuidados comparten esfuerzos, vivencias y experiencias a través de un diálogo participante, o sea, que propicia la conjunción, los integra, desencadenando en un aprendizaje que da sentido a la existencia y favorece el crecimiento y la transformación de los seres humanos que interactúan [191].

Dado que el concepto de ambiente o entorno en relación con el cuidado está vinculado con lo físico y la interacción, y que cada ser humano implicado en la interacción está adscrito a un lugar y a diversas prácticas culturales, el concepto "cultura" surge como una característica importante [163]. La cultura puede ser entendida desde la visión Aristotélica como el lugar donde se cultivan los valores del ser humano [163]. En la disciplina de enfermería encontramos la propuesta realizada por Leininger que define el concepto de cultura como: los valores, las creencias, las formas de vida conocidas, aprendidas y transferidas por el grupo de seres humanos que convergen e interactúan en un espacio físico [184].

En su teoría, Leininger [184] resalta la importancia de proporcionar cuidados en armonía con las creencias, prácticas y valores culturales de los seres humanos, los cuales, a través del cuidado, están inscritos en un vínculo interrelacional con el profesional de enfermería. Desde esta perspectiva cultural, el profesional desarrolla una mayor comprensión sobre cómo hacer más propias (que sean significativas) las propuestas y acciones en pro de mantener la vida y promover la supervivencia.

Hacer del cuidado algo significativo para los seres humanos, implica que las acciones realizadas por los profesionales tengan sentido y sean acordes a cada ser humano en su entorno particular [184]. Es así como, el reconocimiento de lo cultural por parte de los profesionales de enfermería permite que estos a su vez desarrollen la posibilidad de generar alternativas más afines, e integradas a las vivencias reales que tienen los seres humanos cuidados.

Una vez realizado el estudio sobre este concepto Fawcett concluyó que medio ambiente o entorno se refiere a las interacciones significativas que los seres humanos dan a otros y a su alrededor, así como, a las facilidades sociales de los cuidados privados dados en casa; e incluye los contextos sociales, nacionales, locales y las visiones asociadas al ser humano, entre estas, las culturales, sociales, políticas y económicas [167].

5.2.1.4 Salud - Enfermedad

Estos conceptos han estado interrelacionados a lo largo de la historia humana; su definición es compleja pues depende de elementos como: culturas, conocimientos, desarrollos científicos, aspectos económicos y concepciones ideológicas de los seres, grupos humanos o pueblos [192]. Cabe aclarar que en las culturas primitivas estos conceptos estuvieron ampliamente anudados a los pensamientos místicos y mágicos, su presencia o ausencia era vista como una respuesta de los dioses ante la conducta o acción de los seres humanos [192].

El concepto de salud, por ejemplo, lo vemos en la acepción griega que provenía de la diosa Higia que significa Salud, esta era hija de Asclepio (dios de la medicina); Higia se encargaba de la limpieza, la sanidad e incluso la curación; de esta diosa proviene la palabra higiene, la cual es en la actualidad ampliamente utilizada como parte de la jerga en la disciplina de enfermería. Otro ejemplo lo

vemos en la cultura romana en donde encontramos homónima de la Higia griega, a la diosa Salus encargada de la seguridad, salvación y el bienestar. Por tanto, salud, bienestar, higiene, sanidad y curación eran ofrecidos por los dioses [193]; siendo la salud un regalo positivo de los dioses en la antigüedad.

Un ejemplo sobre la enfermedad los encontramos en “el mito de Pandora, la ruina del hombre” [159], donde se plantea que en el principio de los tiempos los seres humanos eran libre y estaban alejados de los males, más al intentar engañar a Zeus en sus ofrendas, este mandó a crear una mujer hermosa (Pandora), la cual tenía una caja ofrecida por los dioses, esta contenía los males del mundo; la mujer por su curiosidad abrió la caja dejando escapar los males y desde aquel momento los seres humanos entran en desdicha y cae sobre ellos, o son visitados por la fatiga, las enfermedades dolorosas, la tristeza, la vejez y la muerte [194]. Por consiguiente la enfermedad desde estos tiempos ha sido también un regalo de los dioses, pero en negativo, como castigo a las faltas realizadas por los seres humanos.

Hipócrates considerado descendiente de Asclepio y uno de los principales representantes de las artes curativas en la antigua Grecia [193], proponía que la salud dependía de una vida en armonía de los elementos de la naturaleza (tierra, agua, fuego y aire) y los humores corporales (sangre, bilis amarilla, bilis negra y la flema), lo que implicaba que los diferentes sistemas existentes en el cuerpo humano estaban en un equilibrio armónico e integrados así mismo con el entorno [195]. En tanto, la enfermedad sobreviene por el desequilibrio de estos elementos naturales y de los humores.

La concepción de salud como algo positivo y de enfermedad como negativo han permanecido incluso hasta nuestros tiempos; estos conceptos han presentado modificaciones relacionadas con los nuevos conocimientos y descubrimientos científicos, así como su vinculación con aspectos sociales, políticos, culturales y económicos, relacionados con el trabajo, la vivienda, el salario, la educación y el medio ambiente [174,192]. Además ambos conceptos están íntimamente asociados con la experiencia de vida que tenga el ser humano al relacionarse con estos [174].

Los conceptos salud y enfermedad han estado estrechamente relacionados a lo largo de la historia humana, llegado a considerarse uno antagonista del otro, lo que nos indica que la enfermedad es vista como la ausencia o falta de salud [172]. Esta no se reduce exclusivamente a la presencia o ausencia de gérmenes o alteraciones de la estructura y funcionamiento de los tejidos u órganos que se expresa por medio de signos y síntomas [192]. La enfermedad asume

características particulares en cada ser humano y está relacionada con la percepción individual que tenga este, acerca del evento, síntoma, signo o germen por el cual se exprese; siendo, un proceso particular mediado por los valores de la cultura y los estereotipos que se tengan tanto a nivel individual como social [196].

En la actualidad la salud es considerada un derecho humano, clasificado como un derecho económico social y cultural [197]. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 publicó una definición del concepto de salud, la cual ha sido ampliada hasta ser descrita como: “un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” [198]. Esta definición en vez de aclarar el concepto de salud lo hace aún más confuso al incluir un término tan complejo como es el de bienestar, este enlaza la satisfacción individual en lo físico, emocional, mental y social; dicho término es complejo pues el ser humano en continuo cambio, está en una constante búsqueda, que lo lleva a encontrarse de cara con la insatisfacción de lo que tiene a su alrededor, impulsando su deseo de transformación y así lograr ser para sí.

Lo que dificulta la definición de los conceptos salud-enfermedad es que aunque incluye aspectos sociales, en realidad estos son vivencias individuales y propias de cada ser humano, pues con certeza la salud no describe un objeto tangible del plano físico, siendo más bien un estado, un proceso en el cual el ser humano está inmerso y por tanto, su definición está sujeta a la percepción individual. Podría por tanto darse una definición del concepto salud, más, este sería exclusivamente un acercamiento a lo que este concepto indica para un ser humano, población o grupo, y estaría en constante cambio de acuerdo a las expectativas, vivencias o experiencias de cada ser humano. Lo mismo sucede con la enfermedad, pues aunque esta pueda ser medida con signos y síntomas, esto no señala sino los atributos exteriores de lo que vivencia un ser humano durante la experiencia de vivirla.

Debido a la dificultad que presenta ofrecer una definición única e invariable para la salud y la enfermedad, en la disciplina de enfermería diversas teóricas ofrecen explicaciones de estos términos, los cuales han surgido de los diferentes fenómenos que se presentan durante el proceso de cuidado [192]. Florence Nightingale por ejemplo, propone la salud como un estado en el cual se tiene bienestar, aprovechando al máximo las energías que tienen los seres humanos y la relación con su entorno [195]. Posición a la que se acoge Madeleine Leininger al considerar la salud un estado de bienestar, el cual se encuentra influenciado y definido por la cultura, en consecuencia, salud será aquello que sea asignado culturalmente como sano y satisfactorio [184]. Para Nightingale la enfermedad es un proceso en el cual la naturaleza proporciona los medios para reparar los estados o situaciones presentes por la ausencia de cuidado [185].

Si bien Nightingale hace referencia en su definición de salud al término bienestar, que como advertimos anteriormente puede ser complejo y confuso; al combinar este con la posibilidad de promover la energía de los seres humanos para el mantenimiento de la salud, ha inspirado a otras teóricas para que reconozcan la importancia de la participación del individuo en su propia salud; tal es el caso de Virginia Henderson que habla de salud en relación a la fortaleza, voluntad y conocimiento que tienen los seres humanos para mantener su salud; así como Hildegard Peplau que propone la palabra salud no como un objeto real sino como un símbolo, el cual implica que los seres humanos movilicen su creatividad hacia la construcción de su propia vida y la vinculación de esta con el entorno y la comunidad [195]. Esta última autora se centra principalmente en la relación entre el profesional de enfermería y el ser humano cuidado, durante la cual se desarrollan fases como: orientación, identificación, exploración y resolución, a través de las cuales se realizan los momentos de cuidado [183].

Otras autoras como Sor Callista Roy y Myra Levine, hablan de salud refiriéndose a ella como procesos adaptativos, la primera autora plantea que la salud consiste en mantener la integridad de los aspectos físicos, psicológicos y sociales de los seres humanos, al lograr que estos se adapten al medio que les rodea [183]; Levine la considera como un cambio del patrón adaptativo, lo que nos indica que esta no es estática, por lo tanto, el ser humano cambia y se adapta a las diferentes situaciones con el objetivo de mantener su integridad (su salud) [183]. En esta misma línea de no ver la salud como un proceso estático y fijo en un momento determinado, encontramos a Betty Newman, la cual indica que la salud es un continuo (va del bienestar a la enfermedad y viceversa) que busca encontrar un equilibrio dinámico, en el cual, el ser humano después de haber experimentado lo que significa para él, el bienestar o la enfermedad, se realimenta de este significado y logra desarrollar su propia percepción de lo que es salud y enfermedad [183].

Otra perspectiva de salud la muestra Dorothy Johnson al referirse a esta como un sistema balanceado, más no estático; el cual está en equilibrio (señalando la corporalidad y lo físico), este podría verse afectado por el medio ambiente u otros sistemas circundantes, lo que generaría desequilibrio en el sistema, traduciéndose en enfermedad; ésta a su vez, justifica la intervención y el cuidado de los profesionales de enfermería, cuya función principal es mantener o recuperar el equilibrio y la estabilidad [183]. Dorothea Orem por su parte, se refiere a lo corpóreo e indica que en la salud se integra además lo mental, psicológico, interpersonal y social, proponiendo que esta se encuentra en equilibrio cuando existe ausencia de defectos o afecciones que alteran al ser humano; un punto interesante de su teoría es que el cuidado a la salud lo plantea desde la promoción

de la salud y su mantenimiento, prevención de complicaciones o tratamiento de la enfermedad en caso de presentarse desequilibrio [26].

La conceptualización de salud vista desde un sentido más amplio pero, a la vez individual, es propuesta por Imogene King y Katharine Ferguson, rescatando nuevamente la relevante participación de los seres humanos en su propio proceso de salud. Para King la salud incluye las capacidades individuales de los seres humanos desplegadas durante el desempeño de los roles sociales. Esta primera autora propone que en la salud, el ser humano está en un estado dinámico del ciclo vital, en el cual se realizan ajustes continuos del entorno interno y externo con el objetivo de permanecer en un estado de salud y no llegar a la enfermedad, para lo cual, el ser humano hace uso de sus propios recursos, desarrollando su potencial individual al máximo durante la vida [182].

Ferguson por su parte, habla de la salud como una armonía que rige el ser humano y se fundamenta en la relación cuerpo-mente; en este estado armónico el ser humano logra desarrollar una actitud para aceptar su existencia y enfrentar las responsabilidades por sus conductas o hábitos, así como, afrontar las preocupaciones y el estrés de manera más serena, con el fin de construir relaciones humanas con mayor satisfacción [182].

De acuerdo a las definiciones anteriores en la disciplina de enfermería la salud ya sea considerada un estado de equilibrio, dinamismo, armonía, interacción entre procesos biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, es y será fundamentalmente un asunto individual, e inherente al ser humano, sin distinción de raza, sexo, origen nacional o étnico, color de la piel, religión, lengua, o cualquier otra condición [199]. La conceptualización de salud desde la disciplina de enfermería, reconoce en el ser humano la potestad de controlar, elegir, alcanzar y mantener este estado; consecuentemente, los profesionales de enfermería buscan desarrollar en el ser humano la posibilidad de ser gestor de su propia salud [192].

Los conceptos que componen el metaparadigma tratados anteriormente, están realizados teniendo en cuenta los fenómenos estudiados por las teorías de la disciplina, con sus respectivas formas de ver y analizan los diferentes acontecimientos de la práctica. Las formas en las cuales se ven los acontecimientos en la disciplina de enfermería, es llamado *visiones del mundo*, las cuales veremos a continuación [167].

5.2.2 Visiones del mundo en la disciplina de enfermería

Las visiones del mundo hacen referencia a la forma abstracta en la que los investigadores pertenecientes a una disciplina, reconocen la realidad en la que están inmersos los fenómenos que estudian; estas visiones están estrechamente relacionadas con los aspectos ontológicos y epistemológicos de cada área del conocimiento, donde se intenta ver el mundo partiendo de la realidad circunscrita a un fenómeno, dirigido por la manera en que cada disciplina, conoce e indaga el mundo, el entorno y la realidad de un fenómeno [168].

La disciplina de enfermería durante el transcurso de la historia ha estado permeada por los diferentes acontecimientos y momentos históricos, los cuales están inmersos en distintas corrientes filosóficas y de pensamiento, que han sido integrados por los representantes de la disciplina como herramientas y sustentos teóricos para el desarrollo de conocimiento. En consecuencia, estas diversas formas de ver y conocer los fenómenos y realidades del mundo, propicia maneras alternativas de acercarnos a los seres humanos que son cuidados, permitiendo reconocer los posibles significados y la comprensión que estos hacen de su realidad y experiencia de vida [168].

Las teóricas de la disciplina de enfermería han propuesto diversas visiones del mundo, entre las cuales tenemos a Elizabeth J Monti y Martha S Tingen, quienes exponen dos visiones, una empírica y otra interpretativa [200]. De otra parte, teóricas como Fawcett y Newman han logrado mayor desarrollo en este aspecto y han propuesto tres visiones del mundo; Fawcett las ha señalado como: 1. Particular determinística, 2. Interactiva-integrativa y 3. Unitaria transformativa [18], mientras que Newman las llama: 1. De reacción, 2. De reciprocidad y 3. Simultánea [189]. Si bien estas visiones presentan diferencias en la forma como son nombradas, en la literatura científica suelen encontrarse combinadas y denominadas como visiones de la siguiente manera: 1. De reacción o particular determinística, 2. De reciprocidad o interactiva-integrativa y 3. Simultánea o unitaria transformativa [201].

Aunque Fawcett y Newman brindan una explicación para cada visión, ambas plantean que estas se pueden superponer o estar de forma simultánea durante el proceso de cuidado. Sobre esto, Newman explica que las visiones del mundo no son dominios separados del conocimiento, ni indican eventos que deben ser comparados, sino que las diferentes visiones están siempre incluidas en los momentos de cuidado, además señala que en una visión unitaria también está incluido lo particular; por tanto, lo particular es una parte de lo unitario (siendo esto un todo integrado), en tanto que, la visión simultánea integra la visión recíproca

con la de reacción [189,202]. En este sentido, Fawcett indica que las acciones de los seres humanos y las de cuidado por parte de los profesionales de enfermería no se fraccionan de acuerdo con las visiones del mundo, sino que están continuamente en conjunción y superposición, permitiendo a seres humanos y profesionales comprender las experiencias de vida.

La experiencia de vida y el proceso de cuidado como un continuo, permite a los seres humanos interactuar de múltiples y diversas maneras, las cuales pueden ser vistas y comprendidas de forma superpuesta o simultánea, no obstante, con el propósito de lograr una mejor comprensión de las visiones del mundo a continuación veremos cada una de forma independiente.

5.2.2.1 Visión de reacción o particular determinística

Esta visión de mundo se sustenta filosóficamente en el positivismo, esta corriente de pensamiento se caracteriza porque la verdad está apoyada en los hechos que son empíricamente verificables, donde la realidad es medible y cuantificable [31]. Esta visión determinista del mundo también retoma elementos relacionados con el mecanicismo, en el cual el cuerpo es un modelo o máquina que está regulado por leyes como las de causa-efecto, por tanto, lo que pase con este puede llegar a ser predecible [168].

El ser humano en esta visión del mundo, es pasivo y responde exclusivamente a estímulos cuando es necesario para su supervivencia y no interactúa con el ambiente externo, además, está fraccionado en lo biológico, emocional, espiritual y social, en consecuencia, es la suma de sus partes; como resultado de esta fragmentación, el cuidado está sujeto a intervenciones puntuales dirigidas a mejorar o recuperar un órgano o sistema afectado, estas pueden ser medibles y cuantificables [168]. Desde este punto de vista el profesional de enfermería es el encargado de dar cuidado, y el ser humano, por ser pasivo no tiene la capacidad de realizar acciones en pro de sí mismo y del mejoramiento de su estado de salud.

En esta visión del mundo los profesionales de enfermería son los poseedores del conocimiento, las habilidades y la práctica para desarrollar acciones de cuidado y conseguir el mejoramiento o restablecimiento del ser humano [167]. Para adquirir el conocimiento se sustentan en procesos investigativos, centrados en el método científico, en los cuales, el investigador o el profesional se esfuerza en ver los fenómenos de forma objetiva, así como aislar, controlar, manipular y predecir las acciones a realizar en las partes que integran el ser humano estudiado; para esto

utilizan diseños experimentales, preferiblemente cuantitativos, donde se miden las causas y se ponderan los efectos sobre el cuerpo o la mente humana [10,168]. La consecuencia de una investigación limitada a la objetividad y la observación fraccionada del ser humano, es que se aleja del contexto y la particularidad humana, fundamental para el proceso de cuidado.

5.2.2.2 Visión de interacción recíproca o interactiva-integrativa

El sustento filosófico de esta visión del mundo es el post-positivismo, corriente de pensamiento que rescata al ser humano como relevante e integrado a un contexto, una historia, valores, creencias, actitudes, intereses y experiencias. En esta corriente la red de significados que dan los seres humanos a su realidad es también un punto importante. La visión de interacción recíproca, al estar inscrita al post-positivismo, ve los fenómenos de la realidad no aislados, sino integrados, como parte de un contexto y una experiencia. Aquí los datos son subjetivos, haciendo del estudio de la realidad algo particular, relativo, cambiante, y multidimensional [203].

Para esta visión del mundo el ser humano es una totalidad, por lo tanto, está integrado, organizado y no puede ser reducible a sus partes, este ser humano se enfrenta a situaciones durante su experiencia de vida que lo hacen cambiante; en consecuencia, las acciones de cuidado se pueden estimar, más no predecir con certeza y plenitud [168]. Aquí el ser humano es autónomo, haciéndose partícipe de su cuidado y la construcción de su experiencia de vida. El cuidado brindado por los profesionales de enfermería no se limita a lo físico y la enfermedad, en este, se pretende integrar los diferentes aspectos del ser humano, sus actitudes, aptitudes, expectativas, perspectiva y motivaciones que deberán ser reconocidas por el profesional, logrando identificar el ser humano como único y auténtico [10,203].

En esta visión el desarrollo de conocimiento se realiza teniendo en cuenta la reciprocidad existente entre el ser humano cuidado y el profesional de enfermería, considerando los aportes de las investigaciones cualitativas, donde se logra dilucidar la comprensión, los significados y las acciones particulares de cada ser humano, definidas como necesarias para realizar cuidado [204]. También, son utilizados enfoques investigativos cuantitativos, en los cuales se busca correlacionar fenómenos de interés, con el fin de estimar posibles eventos o situaciones que pueden desencadenar en la implementación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería [111].

Desde esta visión del mundo los profesionales de enfermería desarrollan conocimiento utilizando tanto estudios de tipo cualitativo como cuantitativos, elegidos según el fenómeno que se desee estudiar; así, en esta visión se reconoce la existencia de múltiples formas para apropiarse y crear conocimiento, que permitan un cuidado individual acorde a las características y necesidades particulares de cada ser humano [10,127].

5.2.2.3 Visión de simultaneidad o unitaria transformativa

Esta visión del mundo guarda una estrecha relación con la teoría de la complejidad, nacida en los años 80 del siglo XX, está a su vez se fundamenta en la teoría del caos [205]. En la teoría de la complejidad se concibe la existencia de una relación entre el orden complejo y las posibles eventualidades presentes en un fenómeno de la realidad, debidas a la causalidad, la cual no está sujeta a las relaciones lineales de causa-efecto. En esta teoría, lo complejo hace referencia a principios simples que se conectan infinita y armónicamente con elementos igualmente simples [206]. Según Edgar Morin, la complejidad es un reto, pues pretende unir principios de simplicidad y reducción, prevaleciendo el valor de lo simple. La unión de estos principios aparentemente contradictorios conviven en la complejidad porque esta incluye la imperfección y la incertidumbre, así como, el orden, el desorden y la organización [207].

El ser humano en esta visión es unitario y a la vez un sistema abierto, el cual intercambia rítmica y continuamente experiencias inmersas en el ambiente, lo que le permite transformarse durante los procesos de interacción [168]. El ser como unidad implica que en él impera el orden, el desorden y la auto-organización; también, es irreductible y totalizador, estando en él, las incertidumbres y las contradicciones de lo que no logra dividirse [206]. El ser humano siendo único, requerirá de un cuidado particular e individual, pero, a la vez integrado en un todo, haciendo énfasis en la totalidad que lo integra. Para ofrecer este tipo de cuidado el profesional de enfermería debe desarrollar empatía por el ser humano que cuida, propiciando una realimentación que le facilite vislumbrar sus particulares, desarrollándose así un cuidado individualizado en el cual el ser humano es un participante activo, transformándose el cuidado en un proceso de interacción humana [168].

Los profesionales de enfermería que intercambian vivencias de cuidado bajo esta visión, requerirán de métodos no cuantitativos para valorar el ser humano; por tanto, compartir las experiencias a través de un diálogo que favorezca el entendimiento de los significados y la comprensión de la propia vivencia, es el

medio apropiado para conocer la particularidad de cada ser [208]. En este sentido las investigaciones realizadas para desarrollar conocimiento en la disciplina que se vinculan con esta visión, utilizan metodologías cualitativas, las cuales buscan identificar, describir, conocer, comprender y explicar las vivencias de los seres humanos tal cual son, rescatando su particularidad y partiendo de su historia, creencias, condiciones de salud o enfermedad y sentimientos, permitiendo reconocer la totalidad de lo humano [151].

Las diferentes visiones del mundo propuestas en la disciplina de enfermería contribuyen a desarrollar conocimientos y a mejorar las prácticas de cuidado. Estas visiones brindan las bases para acercarnos al conocimiento de un fenómeno. No obstante, identificar y conocer un fenómeno para incorporarlo como parte del cuidado no solo requiere tener una visión del mundo, sino identificar las diferentes maneras como los profesionales de la disciplina conocen las diversas realidades. Estas maneras de conocer las realidades se han denominado patrones de conocimiento de enfermería.

5.2.3 Patrones de conocimiento como sustento teórico en la disciplina de enfermería

La disciplina de enfermería ha sido reconocida en la literatura como ciencia y arte; ciencia por tener conocimientos teóricos que surgen de procesos investigativos e intentos por describir, comprender o explicar fenómenos de interés para el cuidado del ser humano; arte porque la experiencia de cuidar es necesariamente sensible a las vivencias, sentimientos y expectativas presentes durante los momentos de interacción [177]. Los conocimientos para el ejercicio de la enfermería bien como ciencia o arte se sustentan en los conceptos del metaparadigma, las visiones del mundo, antes mencionados y en los patrones de conocimiento, estos últimos son formas y estructuras que sirven para racionalizar las prácticas y pensar acerca de la disciplina [75].

Los patrones de conocimiento forman parte fundamental en el análisis conceptual y las estructuras sintácticas del conocimiento desarrollado en la disciplina de enfermería, a través de ellos, se logra vislumbrar la manera en la que los profesionales piensan un fenómeno. En la descripción que distintos autores hacen de estos, se pueden identificar los conocimientos que ofrecen mayores beneficios en la resolución de las necesidades presentes en los seres humanos durante los momentos de cuidado [209].

Los patrones de conocimiento propuestos por representantes de la disciplina de enfermería tales como: Barbara Carper [75], Dorothea Orem [210], Susan Diemert Moch [211], Peggy Chinn [212], Maeona Kramer [213] y Jill While [214], han sido variados. La primera descripción de estos fue realizada por Barbara Carper en 1978; en la primera edición de *Journal Advanced Nursing Science* publicó el producto de su tesis doctoral. En esta publicación Carper presenta cuatro patrones fundamentales de conocimiento en la disciplina de enfermería: 1. Empírico o ciencia de enfermería, 2. Ético, 3. Estético o arte de enfermería y 4. El conocimiento personal.

Chinn y Kramer en 1983 [115], apoyadas en la propuesta de Carper, presentan un nuevo patrón el cual denominaron: Emancipatorio, y se encuentra relacionado con la solución de problemas; estas autoras plantean que los problemas se resuelven a través de una constante interacción entre la acción y la reflexión. Este patrón lo han propuesto como un balance entre el conocimiento empírico, estético, ético y personal, permitiendo la solución a problemas sociales, mediante la profundización de la conciencia.

Posteriormente, en el año 1986 White [214] refinó el patrón emancipatorio planteado por Chinn y Kramer, proponiendo el patrón sociopolítico. En este patrón la autora dirige la atención no sólo a la interacción profesional de enfermería-ser humano cuidado, sino que también, propone la importancia de tener un contexto más amplio, donde los profesionales se cuestionen sobre los supuestos que tienen a cerca de la práctica, la disciplina, y las políticas de salud [214]. El patrón sociopolítico incluye dos niveles, el primero es el contexto socio-político del profesional de enfermería y el ser humano y el segundo es el contexto socio-político de la enfermería como profesión práctica, o sea, la profesión de enfermería vinculada con la sociedad y la política [214].

Para 1988 Shultz y Meleis [215] propusieron tres patrones de conocimiento para enfermería. Estos tres patrones eran: el conocimiento clínico, conocimiento conceptual y conocimiento empírico. Para 1990, Susan Diemert Moch [216] propone patrones del conocimiento relacionados con las experiencias de cuidado, las relaciones interpersonales en el cuidado y el proceso intuitivo durante la creación de conocimiento. En este mismo año Orem habla de patrón artístico como expresiones individuales de las enfermeras, su creatividad y estilo [217]. El arte de enfermería implica ser creativo, así mismo, los profesionales de enfermería requieren del desarrollo de habilidades para imaginar la forma en la que realizarán la validación de los resultados esperados durante el cuidado de los seres humanos.

Lo anterior muestra como en la disciplina de enfermería se han presentado diversas propuestas relacionadas con los patrones de conocimiento a lo largo del tiempo, no obstante, los cuatro planteados por Carper [75]: empírico o ciencia de enfermería, ético, estético o arte de enfermería y el conocimiento personal, han sido los más estudiados y utilizados para el desarrollo teórico en la disciplina [75], favoreciendo que esta evolucione hacia una mejor comprensión, identificación y clarificación de los métodos, formas y modos de conocer los fenómenos relacionados con el cuidado [218]. Si tenemos en cuenta que “todo conocimiento debe apoyarse sobre un conocimiento” [110] vislumbramos que comprender las formas en la cual los profesionales de enfermería adquieren este, ofrece la oportunidad de ampliar el acervo teórico en la disciplina, a fin de desarrollar nuevas y creativas formas de brindar cuidado [218]. Así mismo, la interacción entre estos patrones en el ejercicio profesional promueve un cuidado de enfermería integrador, acorde a las necesidades de cada ser humano [75].

A continuación se hace referencia a cada uno de los patrones de conocimiento en la disciplina de enfermería propuestos por Carper:

5.2.3.1 Patrón Personal

Este patrón trata del conocimiento que tiene el profesional de enfermería de sí mismo, así como, de las cualidades y valores que pone en acción durante el momento de brindar cuidado. Este tipo de conocimiento está relacionado con la manera como el profesional se relaciona con otros seres humanos, a los cuales trata con respeto y responsabilidad [75].

El conocimiento personal no se encuentra en los libros o revistas científicas, pues este trata del autoconocimiento que los profesionales de enfermería tienen al momento de realizar sus prácticas de cuidado. Este patrón busca la comprensión del otro como un ser autónomo, y permite que la relación interpersonal forme parte de una terapia de recuperación de la salud [209].

El profesional de enfermería refleja la utilización de su patrón personal cuando aprovecha la relación con el ser humano cuidado, transformándola en un auténtico contacto interpersonal. Para lo cual, utilizan cualidades propias tales como: la compasión y facilidad para reconfortar, como influencia para el mejoramiento o mantenimiento de la salud del ser humano [214].

Este conocimiento personal también es fundamental en el desarrollo de la investigación cualitativa, convirtiéndose en el pilar para la identificación de los fenómenos que se desean estudiar [209].

5.2.3.2 Patrón Estético

Este patrón está estrechamente relacionado con el aprendizaje imaginativo y la ganancia de conocimiento por la acumulación de experiencias. El arte es parte esencial de la práctica de enfermería, fortaleciendo la adquisición de conocimientos a través la intuición y la empatía [75][209]. En este, los profesionales de enfermería a través de la interacción y el diálogo, logran ser capaces de comprender lo que sucede con el ser humano que cuidan, permitiéndoles ofrecer un cuidado flexible y adaptable a la situación particular de cada ser humano [219].

La intuición es un tipo de conocimiento que favorece una relación con los seres humanos en profundidad. Los profesionales de enfermería logran desarrollar a través de un contacto continuo con la experiencia de cuidado, un conocimiento que les provee la comprensión de las situaciones y emociones que vivencia un ser humano [219] . La empatía en este patrón es necesaria si el profesional de enfermería pretende transformar las experiencias de cuidado; puede definirse como la capacidad de participar de lo que otros seres humanos sienten [75][209].

Utilizar este patrón, también propicia un cambio de los seres humanos mediante el cuidado, usando la creatividad y la intuición en la implementación de investigaciones que propongan mejores intervenciones al momento de brindar cuidados; el patrón estético aporta a las actividades investigativas mayor claridad al momento de analizar e interpretar la realidad, en la cual participan los procesos creativos que son parte indiscutible de la estética en la enfermería [75]. También en las investigaciones cualitativas, el patrón estético influye en la habilidad de comprender los significados en las relaciones o encuentros con los seres humanos [75].

Con los resultados de las investigaciones en la disciplina se espera enriquecer las técnicas para realizar cuidados, no obstante, sólo mediante la estética en enfermería y su desarrollo creativo se logra refinar el proceso de cuidado con elementos significativamente relevantes en el mejoramiento y la transformación de la salud de los seres humanos [220].

5.2.3.3 Patrón Ético

Las prácticas de los profesionales de enfermería se centran en promover la vida, la salud de los seres humanos, disminuir las situaciones de riesgo y las molestias físicas. Estas prácticas se relacionan con los códigos de ética propuestos en la profesión [75]. En algunos contextos los códigos éticos tienen una relación estrecha con la obligatoriedad, esta nos habla del deber-hacer [220], más, el patrón ético de conocimiento nos plantea las situaciones que se presentan en el cuidado por acciones o decisiones de los profesionales de enfermería, cuyas consecuencias no logran ser resueltas con los códigos éticos, así mismo, está relacionado con problemas morales que surgen de la ambigüedad e incertidumbre presente en algunas acciones realizadas en la práctica. El patrón ético se sustenta en la interacción entre el proceso reflexivo y las acciones que se integran durante el momento de cuidado [75].

Este patrón ha tenido diversos aportes, un ejemplo es la propuesta integradora que realiza Chinn [83] quien en su patrón Emancipatorio vincula los distintos patrones de conocimiento usando la interacción entre acción y reflexión, con el fin de resolver problemas de cuidado. Otro aporte al desarrollo de este patrón lo ofrece Moch [216] quien propone una relación entre el patrón ético, las experiencias de cuidado, las relaciones interpersonales en el cuidado y el proceso intuitivo durante la creación de conocimiento.

El patrón ético, se ha acercado a un concepto denominado sensibilidad ética [221]; en la disciplina de enfermería esta se ha tomado como una respuesta al cuidado, una habilidad para identificar dimensiones éticas del cuidado, la intuición con respecto a la comodidad y el bienestar de los demás, y un componente de la atención moral [222]. La sensibilidad ética está descrita como una habilidad conformada por: La imaginación moral y el reconocimiento de las cuestiones éticas [221].

La imaginación moral es la capacidad de prever las consecuencias morales de las acciones [221,222], esta permite entender cuatro asuntos importantes: 1. Los seres humanos viven en un tejido de relaciones morales, 2. La aplicación de las normas morales producen consecuencias de beneficio o sanción, 3. Los lineamientos morales de la vida pueden ser ocultos o visibles, y 4. Las elecciones morales son en la mayoría de los casos inevitables [221].

El reconocimiento de las cuestiones éticas consiste en poner la imaginación moral en acción. Permite analizar las experiencias de cuidado y reconoce en una situación determinada los aspectos morales que deben tenerse en cuenta [222]. El fin último patrón ético, es ayudar a los profesionales de enfermería a reflexionar y decidir la mejor forma de actuar, en especial cuando esta forma de actuar va en contraposición a los códigos éticos previamente establecidos [75].

5.2.3.4 Patrón Empírico

Este es un patrón que permite la sistematización y organización de la información para el desarrollo de la práctica de cuidado [75]. Promueve que la práctica se realice mediante la contrastación teórica que otorga la investigación, con el objetivo de garantizar la eficacia y eficiencia de las intervenciones en los momentos de cuidado. En este patrón están incluidas la ley y la organización sistemática de las teorías, a través de las cuales se puede predecir, explicar o describir los fenómenos relacionados con el cuidado, que se desean estudiar [220].

Si bien, no se desconoce la importancia del patrón empírico para el desarrollo de la disciplina como ciencia de enfermería, la creación de nuevo conocimiento no debe estar asociada exclusivamente al análisis empírico; cada patrón ofrece a la disciplina de enfermería un tipo de conocimiento específico y refinado, por tanto, si alguno de estos no se tenido en cuenta, el tipo de conocimiento generado estaría incompleto, reflejándose en un abordaje ineficaz de los problemas prácticos [209].

Los patrones de conocimiento de enfermería son trascendentales durante el proceso de cuidado, al permitir incluir acciones reflexionadas, indagadas, contrastadas y acorde a las necesidades individuales y propias de cada ser humano, llevando la práctica a una dimensión del conocimiento más alta [218]. Las investigaciones y las prácticas de enfermería basadas en patrones, iluminan el proceso de transformación presente en la interacción entre el profesional de enfermería y el ser humano [218].

Si se pretende lograr un avance en la disciplina de enfermería, es fundamental identificar la importancia de los patrones del conocimiento en el desarrollo teórico, ya que permiten entender la complejidad y la diversidad del conocimiento de enfermería [75].

Adjunto a los patrones de conocimiento en la disciplina de enfermería, resulta importante reconocer las diferentes formas en las cuales los profesionales de enfermería realizan su quehacer durante las prácticas de cuidado, estas formas en la literatura científica se han clasificado como roles de enfermería.

5.2.4 Roles desempeñados por los profesionales de enfermería

Al iniciar la enfermería como profesión, las enfermeras enfatizaron en la práctica y buscaron identificar a través de los procedimientos realizados en la atención directa a los seres humanos, hacia donde apuntaba el que-hacer en la disciplina; esto llevó a interrogantes tales como: ¿Cuáles son las funciones que deben realizar las enfermeras? y ¿Qué debería enseñarse en las escuelas de enfermería? [27].

Los anteriores interrogantes promovieron la creación de currículos estandarizados para la formación de nuevos profesionales de enfermería. Así que, parte de la formación curricular impartida en las universidades incluía las funciones que los profesionales de enfermería podrían desarrollar al terminar su formación académica; estas funciones también han sido llamadas roles en la disciplina de enfermería. Desde mediados del siglo XX, se tuvo claridad sobre los roles en los cuales los profesionales de enfermería podría desarrollar su práctica, estos eran: la docencia, administración, consultoría y las especialidades clínicas [27].

Los roles en los cuales los profesionales de enfermería pueden desarrollar su práctica han evolucionados según las necesidades sociales. En la actualidad estos roles son: la investigación, docencia, asistencia directa al cuidado de los seres humanos y la gestión del cuidado [27].

5.2.4.1 Rol de investigador

Hace referencia a los profesionales de enfermería que desarrollan conocimiento relacionado con la disciplina, estos se fundamenta en los patrones de conocimiento, especialmente el empírico. En este rol los profesionales de enfermería promueven el estudio de fenómenos relacionados con el foco de la disciplina, propiciando avances en el desarrollo de conocimiento, para lo cual utilizan metodología investigativas diversas, entre las cuales encontramos los métodos cualitativos, cuantitativos y la combinación entre ambos [223,224].

5.2.4.2 Rol docente o educador

Este rol presenta dos aristas, una hace referencia a los profesionales de enfermería que efectúan procesos educativos a los seres humanos que cuidan, la otra, está relacionada con los profesionales que participan en la formación de nuevos enfermeros [225]. La primera arista, hace referencia la manera más primaria de cuidar; educar es una actividad que todo profesional realiza cuando está al cuidado de un ser humano; esta educación está centrada en el otro, en sus necesidades, expectativas, deseos y experiencias; desde esta perspectiva, los profesionales cuidan por medio de un diálogo que movilice el ser humano cuidado hacia niveles superiores de comprensión que le permita su empoderamiento y transformación [179].

En la segunda arista, el rol educador se centra en la formación de profesionales de enfermería, esto suele ser complejo, pues acá se busca educar a quien será un educador; en consecuencia, este tipo de educación pretende desarrollar en los profesionales, saberes en cuanto a su hacer y ser. El saber relacionado con el hacer, se promueve a través de prácticas en las cuales se consideran los entornos, la diversidad cultural y los distintos contextos donde los seres humanos cuidados están inmersos; de otra parte, el saber ser es fomentado por medio de la reflexividad, en la cual, pensar acerca del cuidado de sí, se convierte en una condición para el cuidado de otros; en este tipo de saber, es fundamental el pensar y actuar ético [226]. En el desarrollo de estos saberes priman cualidades como la empatía, la accesibilidad, el diálogo, la confianza, la afectividad y el deseo por ayudar [225].

5.2.4.3 Rol de asistencia directa

Trata sobre los profesionales de enfermería que brindan acciones de cuidado directo a los seres humanos, ya sea para el mantenimiento o la recuperación de su salud. En esta atención directa los profesionales suelen estar estrechamente vinculados con la corporalidad y las vivencias que alteran o afectan el estado de salud de los seres humanos a su cuidado. En este rol, el profesional de enfermería se caracteriza por estar ahí, lo que indica no sólo la permanencia física, sino una interacción con el ser humano que promueva, mantenga y/o ayude a recuperar la salud.

Un ejemplo de este rol es planteado por Dorotea Orem [227] en su teoría de sistemas de enfermería, donde trata las diferentes clases de cuidado directo que un profesional de enfermería puede realizar. En esta teoría propone tres sistemas, el primero es un sistema totalmente compensatorio, donde los profesionales realizan todas las actividades para mejorar y mantener la salud del ser humano, pues este, es incapaz de hacerlo por sí mismo, un ejemplo de esto, es un ser humano en la unidad de cuidado intensivos; el segundo, es un sistema parcialmente compensatorio, en el cual los profesionales de enfermería y el ser humano comparten actividades de cuidado; en el tercero encontramos un sistema de apoyo educativo, en el cual el profesional ofrece información y alternativas de cuidado, de las cuales el ser humano elegirá libre y autónomamente las mejores opciones para su satisfacción.

5.2.4.4 Rol en gestión del cuidado

Hace referencia a la planificación, organización, monitorización y control que los profesionales de enfermería hace cuando están al cuidado de los seres humanos; en este rol los profesionales de enfermería hacen uso de su juicio y conocimientos con la intención de brindar cuidado adecuados, oportunos y de acuerdo a las necesidades particulares de cada ser humano, de manera que se asegure los medios para propiciar el mejoramiento y mantenimiento de la existencia [228].

Tener claridad sobre los roles que un profesional de enfermería puede realizar, ayuda a los investigadores a identificar las diversas formas en las cuales se brinda cuidado, acrecentando la posibilidad de desarrollar conocimientos en la disciplina que apunten a la solución de problemas en los diferentes ámbitos donde los profesionales se desempeñan; en consecuencia, lo anterior, propicia la generación, afinación o complementación de los distintos modelos, teorías, indicadores empíricos y teorías prácticas [26].

5.2.5 Desarrollo de conocimientos en la disciplina de Enfermería

El desarrollo teórico en la disciplina de enfermería tiene como principal objetivo guiar la práctica de cuidado, respondiendo a las necesidades presentes en esta y, al mismo tiempo, reconociendo los diferentes aspectos que integran el ser humano [163]. La práctica y los conocimientos teóricos generados en la disciplina, se realimenta, pues los investigadores indagan acerca de los procesos que se viven durante las prácticas de cuidado, así, los conocimientos resultantes de las investigaciones, son posteriormente aplicados en la práctica. Esta pretensión de

crear conocimiento teórico de los procesos prácticos permite construir un cuerpo de conocimiento que ofrezca mayor autonomía, reconocimiento social y satisfacción a los profesionales y los seres humanos inmersos en los momentos de cuidado [178].

Los conocimientos generados por los representantes de la enfermería, hacen parte de los avances epistemológicos de la disciplina, desarrollados por medio de la creación de modelos conceptuales, teorías, indicadores empíricos y micro-teorías, que dan cuenta de la evolución, así como del desarrollo en educación superior e investigación en la disciplina [26]. Estos conocimientos se enmarcan en los diferentes momentos históricos, y las corrientes filosóficas que han contribuido ver y comprender la realidad; también, se ha sustentado en los patrones de conocimiento [218]. Las teorías generadas, revelan las conexiones conceptuales basadas en la práctica, y a la vez son utilizadas para guiar la práctica profesional [7,203].

La generación de conocimiento parte del desarrollo de conceptos, estos como planteamos anteriormente son los bloques con los cuales se construye los modelos y teorías [202](16, 73). El desarrollo teórico que aclara, válida, consolida o renueva los conocimientos, surge del deseo por investigar, comprender y estudiar los fenómenos presentes en las prácticas de cuidado. Es así como, los investigadores han elaborado diferentes tipos de conocimientos, los cuales se han clasificado en un orden jerárquico. Estas construcciones científicas pasan de lo abstracto a lo concreto, siendo los modelos conceptuales los más abstractos, las teorías y los indicadores empíricos más específicos y finalizando con las micro-teorías, las cuales tratan fenómenos de un área concreta del cuidado, por ejemplo las micro-teorías del área de cuidado intensivo o del programa de diálisis [167].

A continuación presentaremos una corta descripción sobre de los diferentes tipos de conocimiento, en su respectivo orden jerárquico, iniciando con los modelos conceptuales, continuando con las teorías e indicadores empíricos y finalizando con las micro-teorías.

5.2.5.1 Los modelos conceptuales

Permiten tener un marco de referencia para la práctica de enfermería, a sí mismo, es una forma de unificar coherentemente los eventos y procesos presentes en los fenómenos de interés para la disciplina de enfermería [176]. Para Fawcett un modelo es un conjunto de conceptos abstractos y generales que se dirigen a los

fenómenos de interés central para una disciplina, el modelo conceptual también es sinónimo de los términos, marco de referencia, sistema conceptual, y matriz disciplinar [167].

Cada modelo conceptual, presenta un núcleo, este núcleo es una aproximación o simplificación de la realidad que incluye solamente aquellos conceptos que el autor del modelo considera importantes para ayudar a entender el fenómeno de estudio. En la disciplina de enfermería la comprensión de los fenómenos, se da mediante la formulación de preguntas y las soluciones de problemas prácticos, los cuales quedan descritos en los modelos conceptuales [92,167].

5.2.5.2 Las teorías de Enfermería

Las teorías como parte de la evolución de la disciplina de enfermería son derivaciones de un modelo conceptual, consideradas más concretas y específicas; están conformados por conceptos en los cuales se explica de forma más concreta un fenómeno susceptibles de intervención, que está presente en la práctica de enfermería [167]. Las teorías son una herramienta para reproducir una práctica más efectiva y eficiente que ayude a identificar los mejores resultados en la atención de los seres humanos [7].

Las teorías presentan diferentes niveles de abstracción; las que tienen un nivel de abstracción mayor son denominadas Grandes Teorías y las más concretas son llamadas Teoría de Mediano Rango [92,167]. Con estas últimas se pretende instrumentalizar las actividades realizadas en la práctica, favoreciendo que las intervenciones de cuidado sean más operativas, comprensibles y de acuerdo las necesidades del ser humano que las recibe [201].

5.2.5.3 Indicadores empíricos

Los indicadores empíricos permiten observar, medir y cuantificar elementos presenten en el momento de cuidado, los cuales son recolectados, interpretados y comprendidos, siendo posteriormente traducidos en intervenciones aplicadas durante la práctica de enfermería [201]. El indicador más utilizado a nivel mundial es el Proceso de Atención en Enfermería (PAE) [229]. La utilización del PAE aporta a la formación de teoría a través de la conceptualización de procesos, que hablan de la interacción entre el profesional de enfermería y el ser humano cuidado; las teorías de enfermería proveen a los profesionales de un marco teórico

para valorar, diagnosticar e intervenir a los seres humanos; este marco teórico es la base del PAE, el cual es descrito teóricamente para lograr mejores criterios de efectividad en la atención de los seres humanos [7].

El PAE es otra forma de documentar los cuidados brindados a los seres humanos [7] y al ser un método sistemático y ordenado para identificar y resolver problemas, también, es un método que facilita a los profesionales de enfermería prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática [230]. Está fundamentado en el método científico, pues consiste en observar los hechos significativos, sentar hipótesis que expliquen satisfactoriamente estos hechos, deducir de estas las consecuencias que puedan ser puestas a prueba por la observación y finalmente adoptar provisionalmente nuevas hipótesis establecidas como verdaderas. Las fases en las que se desarrolla este proceso son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

5.2.5.4 Micro-teorías

Estas son un tipo de teoría más concreta y han sido también llamadas teorías prácticas. En esta forma de conocimiento, las interpretaciones de la realidad son mucho más limitadas, pues se centran en un determinado campo de práctica o grupos de población específico; un ejemplo es que pueden hacer referencia a un procedimiento realizado a los seres humanos en el área de cuidado intensivo. Los conceptos que las conforman están relacionados directamente con pruebas empíricas. Estas teorías corresponden al nivel más bajo en la generación de conocimientos; algunos autores proponen que estas micro-teorías solo llegan a ser proposiciones o en otros casos hipótesis [92]. No obstante, su uso ha beneficiado la interacción entre los procesos prácticos y teóricos, reflejándose en beneficio tanto para el ser humano cuidado como para los profesionales que buscan desarrollar conocimiento para realimentar la teoría y la práctica [6].

Con el desarrollo jerárquico de conocimiento, bien sea modelos, teorías, indicadores empíricos o micro-teorías, los profesionales de enfermería han intentado guiar las prácticas de cuidado, realizadas para satisfacer las necesidades de los seres humanos, estableciendo un cuerpo de conocimiento que sirve como sustento para el reconocimiento social de la disciplina y una mayor autonomía en el que-hacer durante los momentos de cuidado [178]. En este desarrollo de conocimiento, los profesionales han utilizado diversas metodologías investigativas procedentes de las ciencias naturales y las ciencias sociales y humanas; de estas últimas los métodos cualitativos tales como la etnografía, la fenomenología, la historiografía y la teoría fundamentada (TF), han sido el

sustento de diversas teorías generadas [127].

De las metodologías nombradas en el párrafo anterior, es preciso resaltar la TF que ha sido ampliamente utilizada por los investigadores de la disciplina en enfermería [231], además es la metodología utilizada en el presente proceso investigativo. En el siguiente apartado realizaremos un acercamiento a los lineamientos, perspectivas y procesos de análisis propios de la TF.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 ELECCIÓN DE LA TEORÍA FUNDAMENTADA CLÁSICA COMO METODOLOGÍA INVESTIGATIVA

Desde el inicio hasta la actualidad los representantes de la disciplina de enfermería, han emprendido el desafío de generar sus propios conocimientos, partiendo de la forma en la cual realizan las prácticas de cuidado, con el objetivo de construir la realidad desde su propia perspectiva o su foco disciplinar que consiste en el cuidado de los seres humanos [232][233]. Los investigadores de la disciplina han utilizado diversas metodologías investigativas; algunas provenientes de las ciencias naturales y otras de las ciencias sociales y humanas.

Los procesos investigativos en búsqueda de acrecentar el desarrollo teórico en la disciplina de enfermería, representa varios retos para los investigadores: uno, es proponer el problema sobre el que se indaga, el cual será el objeto de estudio [234]; el segundo es elegir la metodología adecuada para estudiar el problema identificado, de esta elección depende en parte el éxito del proceso investigativo [235]. La metodología elegida es aquella que permite estudiar el problema, los medios para indagar sobre él y resolver las inquietudes que surjan del objeto de estudio [236]. Una metodología investigativa apropiada es crucial en la construcción de conocimiento [237].

La metodología para desarrollar conocimiento en un proceso investigativo debe elegirse teniendo en cuenta el fenómeno a estudiar, el cual surge de las experiencias vividas por los investigadores y de los vacíos y/o necesidades que se tengan en relación al desarrollo teórico [17][236][238] [239]; lo anterior se cumple en la disciplina de enfermería y para esta investigación, donde por ejemplo, las experiencias personales y profesionales durante el cuidado de la sexualidad en los seres humanos, despertó el interés por conocer más acerca de este tema (Anexo 1 Autobiografía sexual), llevando a plantear la pregunta: *¿Qué es el cuidado de la sexualidad humana para los profesionales de enfermería a partir del proceso de atención a los seres humanos?*.

Partiendo de esta pregunta, se indaga acerca de los elementos presentes en la disciplina de enfermería, relacionados con el desarrollo de conocimiento y las prácticas en el cuidado de la sexualidad de los seres humanos. Los modelos, las

teorías y las taxonomías que orientan la práctica de enfermería en el cuidado de la sexualidad tienen un incipiente desarrollo teórico [18,85], además, el que-hacer de los profesionales en este aspecto, está sustentado principalmente en políticas de salud internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que hacen referencia a la Salud Sexual y Reproductiva [3] [2] y tienen una visión centrada principalmente en aspectos biológicos, que, no guarda plena concordancia con la razón de ser de la disciplina de enfermería: el cuidado de los seres humanos en su experiencia de vida [6] [14]. De esta manera se identificó la necesidad sobre un desarrollo teórico que diera cuenta del cuidado de la sexualidad durante la atención que los profesionales de enfermería realizan a los seres humanos, para lo cual se definió como objetivo del proyecto investigativo: *Desarrollar un concepto de cuidado de la sexualidad humana para la disciplina de enfermería a partir del proceso de atención a los seres humanos.*

Al clarificar el fenómeno a estudiar [208], se identificó que las teóricas de la disciplina de enfermería han estudiado fenómenos relacionado con la sexualidad utilizando metodologías cuantitativas, más, el objetivo de la investigación, hace referencia a una visión del cuidado de la sexualidad que trascienda la cuantificación, dejando ver asuntos más profundos presentes en las relaciones de cuidado; así que, siguiendo las sugerencias de algunos teóricos como Chenitz, Silverman & Schreiber [98] [99] [100], quienes afirman que las metodologías cualitativas se ajustan mejor a los estudios de fenómenos relacionados con la comprensión de las experiencias; se dirige la atención hacia estas, encontrándose como una alternativa más apropiada para el desarrollo de esta investigación, al favorecer un mejor acercamiento a la realidad que se propone estudiar [9] [154].

Las metodologías cualitativas conceden un abordaje amplio de la realidad estudiada, con estas, la realidad se construye socialmente por los seres humanos que en ella interactúan. Ahora bien, las metodologías cualitativas son variadas, por ejemplo: existe la fenomenología, la teoría fundamentada (TF), la historiografía y la etnografía entre otras [100][200]. En cuanto a las diferentes metodologías cualitativas, la TF ha sido utilizada por los teóricos de la disciplina de enfermería para el desarrollo de conceptos, y este es precisamente el objetivo de la investigación.

Otro elemento a favor de la TF es que ha sido empleada en la investigación cualitativa por diversas disciplinas como la Psicología, Sociología y otras ramas de las ciencias humanas, las cuales han sido áreas afines a la Enfermería [127]. Además, desde su creación en 1967 por los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss, ha sido cercana a la enfermería y se circunscribe a un marco donde se mezcla lo social y lo biológico [127].

Elegir una metodología como herramienta para investigar, requiere conocerla, lo que favorece mayor dinamismo, fluidez y asertividad cuando se está inmerso en el fenómeno de estudio [235]. En consecuencia, se realizó una revisión de la literatura científica sobre la TF, identificándose su origen, así como, los principales exponentes teóricos y sus propuestas.

La TF tuvo su inicio en la década del 60 en el siglo XX. El nacimiento de esta metodología está estrechamente relacionado con la disciplina de enfermería; en 1960, la decana de la escuela de enfermería de la Universidad de California en San Francisco Estados Unidos, se propuso desarrollar un programa de Doctorado en Enfermería. Anselm Strauss fue contratado en el grupos de docentes que formaría parte del Doctorado en desarrollo, Strauss invita a Barney Glaser a formar parte del grupo de docentes; es de aclarar que ambos formaban parte del programa de Sociología Médica de la Universidad mencionada [99].

Uno de los interés que tenían estos teóricos al formar parte del grupo docentes en este doctorado, era la promoción del interaccionismo simbólico como una alternativa investigativa; buscaban que los procesos investigativos estuvieran más acorde a la época social que atravesaba el mundo, aportando así, a la ruptura del paradigma positivista y de la hegemonía de los estudios con metodologías estadísticas e hipotéticas-deductivas [99].

La TF aunque creada por sociólogos, nació del estudio de fenómenos que se relacionaban con el foco de la disciplina de enfermería. En 1965 Glaser y Strauss publicaron los resultados de una investigación llamada "Awareness of Dying". Este trabajo surgió de un estudio sobre las consecuencias de quienes conocían lo pasaba (profesionales de enfermería), con un ser humano que estaba muriendo en el áreas hospitalaria. La metodología desarrollada en esta investigación fue publicada dos años más tarde en el texto conocido como "Discovery of Grounded Theory". Los autores de esta propuesta, cautivaron a sus estudiantes con la nueva metodología, lo que promovió su uso y posterior desarrollo, tornándose fecunda; esta metodología se ha caracterizado porque a través de ella, se han desarrollado teorías originales en diferentes áreas del conocimiento [99].

Los creadores de esta propuesta metodológica Glaser y Strauss [12] han transitado por distintos caminos en la producción de conocimientos, lo que ha generado modificaciones a la metodología inicial; además, la integración de distintas corrientes de pensamiento con el fin de estudiar un fenómeno, ha promovido una nueva generación de investigadores con diversas propuestas para su utilización [240], por lo que no se constituye en una metodología investigativa

única, sino que actualmente presenta distintas perspectivas o enfoques [241].

De los distintos enfoques o perspectivas que hoy presenta la TF, encontramos que tres de ellas han alcanzado mayor reconocimiento y desarrollo teórico: Teoría Fundamentada Clásica [12], Teoría Fundamentada Modificada [242] y Teoría Fundamentada Constructivista [243].

La Teoría Fundamentada Clásica (TFC) es una continuación de la TF propuesta inicialmente por Glaser y Strauss [244], el primero de los cuales es hoy su difusor y la presenta como una metodología de análisis, unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos sistemáticamente aplicados para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva. La conceptualización es el proceso central en este enfoque o perspectiva [241] y la finalidad de la teoría generada es “*explicar y generalizar patrones de comportamiento*” [241] [5,245].

La Teoría Fundamentada Modificada (TFM), cuyos autores Anselm Strauss y Juliet Corbin [246], la definen como una teoría derivada de los datos recopilados de manera sistemática y analizada por medio de un proceso de investigación. En esta, “la recolección de los datos, el análisis y la teoría que surge de ellos guardan estrecha relación entre sí” [246]; en este enfoque o perspectiva, sus autores, buscan detallar el proceso para la generación de teoría, siendo la finalidad de esta “interpretar y comprender significados” [241].

La Teoría Fundamentada Constructivista (TFCn), propuesta por Kathy Charmaz [243], quien la define como una manera de comprender los mundos que estudiamos y como un método para desarrollar teorías. En esta última perspectiva o enfoque se reconocen la subjetividad y la participación del investigador en la construcción e interpretación de los datos que recoge; la generación de teoría es acá un proceso construido entre el investigador y los participantes, donde se busca “construir los significados y comprender el significado oculto en los propósitos de los participantes” [241].

Asumiendo que la elección de la metodología debía realizarse de acuerdo al fenómeno que se deseaba estudiar, por consiguiente, seleccionar una de las perspectivas o enfoques anteriores, estuvo directamente relacionado con cuál de estas, favorecía desarrollar el concepto de cuidado de la sexualidad durante la interacción del profesional de enfermería y el ser humano.

Estudiar fenómenos que se relacionan con la sexualidad resulta ser un asunto

amplio, por lo que es posible investigar acerca de sus significados, o, sobre la construcción del mismo durante el cuidado; en este sentido, los temas relacionados con significados o las construcciones de estos, son afines a las perspectivas o enfoques de la TFCn o TFM [243,246].

Teniendo en cuenta que el objetivo de la investigación no está centrado en comprender el significado íntimo o construir conjuntamente (profesional-ser humanos cuidado) lo que significa el cuidado de la sexualidad, sino, generar teoría partiendo de las experiencias que han tenido los profesionales de enfermería al cuidar la sexualidad de los seres humanos, este tema de investigación se ajusta más con la TFC [241].

En la TFC, la generación de teoría que explique y generalice comportamientos, surge cuando los participantes en el estudio, pueden hablar libre y confidencialmente sobre la forma como resuelven sus principales problemas en un área específica del conocimiento [5] [247]; lo que facilitó conocer las experiencias que los representantes de la disciplina tienen frente al cuidado durante la práctica profesional, “sin escudriñar en lo más íntimo del participante”[100], sino más bien, escuchar cómo realizan su labor, cuando cuidan asuntos vinculados con la sexualidad; y utilizar estas explicaciones para realizar una abstracción que posibilitó el desarrollo del concepto [248].

Ahora bien, al indagar sobre la TFC, se encontró que esta no solo presenta diferencias con las TFM y TFCn en cuanto a la finalidad de las teorías generadas, sino también con relación a las corrientes teóricas que las acompañan, la naturaleza de la realidad, la relación del investigador y el objeto de estudio, lo que cada una considera dato, la recolección de los datos, y el análisis de los mismos [241].

De estas diferencias, una que influyó favorablemente en la elección de la TFC como metodología para desarrollar esta investigación, es la indicación que ofrece sobre cómo y cuándo buscar en la literatura los conceptos asociados al fenómeno de estudio. En la TFC Glaser [247] propone que la búsqueda de la información proveniente de la literatura debe hacerse después de encontrar la categoría central, asunto que se trata ampliamente en el apartado relacionado con el análisis de los datos (Anexo 2), esto sugiere no hacer un estado del arte previo a la implementación de la metodología investigativa.

La propuesta de revisar la literatura después de encontrar la categoría central, se asocia con el intento de minimizar las ideas preestablecidas del fenómeno que se

desea estudiar, al no usar la literatura para circunscribirse en un área específica de conocimiento o bajo una perspectiva particular de pensamiento o corriente filosófica. Esta sugerencia se tradujo en un beneficio para el presente estudio, porque el componente teórico asociado al concepto de sexualidad humana es y ha sido desarrollado desde el inicio de la humanidad por diversas áreas del conocimiento; en consecuencia, hacer una revisión detallada de la sexualidad humana es un asunto que puede tomar toda una vida de estudio focalizada en esta labor, más, el proceso investigativo que se está desarrollando exige un límite de tiempo para su finalización.

Teniendo en cuenta lo anterior, fue posible reconocer en la TFC el potencial necesario para desarrollar esta investigación, al estar en conformidad con el objetivo ya planteado; en correspondencia, se usó la TFC como metodología, convirtiéndose en un elemento clave que orientó el desarrollo del proceso investigativo.

Las particularidades de la TFC en cuanto a la finalidad de las teorías generadas, la corriente teórica que la acompaña, la naturaleza de la realidad, la relación del investigador y el objeto de estudio, lo que es considerado dato, la recolección de los datos, y el análisis de los mismos [241], lo trataremos a continuación, al realizar una revisión de los aspectos relevantes de esta perspectiva metodológica.

6.2 ASPECTOS RELEVANTES EN LA TEORÍA FUNDAMENTADA CLÁSICA

6.2.1 La finalidad de la teoría generada

La finalidad de la teoría generada es entender la naturaleza del comportamiento humano mediante la generación de teorías sobre fenómenos psicosociales; así que, la principal función de la TFC es desarrollar teorías que expliquen los comportamientos humanos y el mundo social [244]. Estas teorías pueden ser de dos tipos: teorías sustantivas y teorías formales. Ambas se fundamentan en el desarrollo de conocimiento proveniente de los datos obtenidos de la realidad; no obstante, los datos relacionados con las teorías sustantivas provienen de un área específica del conocimiento, mientras en las teorías formales, son de diferentes áreas [5].

6.2.1.1 Teorías sustantivas

Son desarrollos teóricos para explicar los comportamientos humanos, logrando vislumbrar la manera en la cual estos solucionan problemas en un área determinada de conocimiento; para lo cual, los investigadores se sustentan en la comparación constante de los datos durante el proceso de análisis, logrando la transformación de estos en teoría sustantiva [5].

Para la generación de esta teoría los investigadores realizan la recolección y posterior análisis de los datos, de este análisis emerge categorías y propiedades, las cuales son integradas a través de códigos teóricos, surgiendo una categoría central, alrededor de la cual se organizan las otras categorías; con la categoría central se explica la continua resolución del problema estudiado. Cabe aclarar que el desarrollo de un concepto es considerado una teoría sustantiva [5]. Este tipo de teorías son la base para el desarrollo de teorías formales [249].

6.2.1.2 Teorías formales

Las teorías formales son un refinamiento de las teorías sustantivas, esto se logra a través del análisis comparativo de grupos y entre grupos de algunas áreas sustantivas, permitiendo la creación de teoría formal [5,244]. Estas son teorías que surgen de la generalización de una teoría sustantiva, para esto, se requieren de datos provenientes del área sustantiva la cual pertenece la teoría inicial, además, de datos provenientes de otras áreas sustantivas; un ejemplo de este tipo de teoría sería: si al investigar sobre el proceso de formación que tienen los profesionales de enfermería surge una teoría sustantiva que explique el asunto de “convertirse en enfermera” [249], entonces, se parte de esta teoría para indagar en otras áreas del conocimiento, hasta encontrar en estas, teorías que expliquen la cuestión de convertirse en médico, abogado, piloto o contador etc. Las teorías anteriores se comparan hasta llegar a una más general que explique el asunto de “convertirse en profesional”, esta teoría sería en consecuencia una teoría formal [249].

Las teorías formales pueden ser vistas también como una extensión conceptual, no obstante, deben ser desarrolladas usando los procedimientos planteados por la TFC para la generación de teoría, lo que supone conceptualizar y no describir, utilizar la comparación constante como recurso de análisis, además, fundamentarse teóricamente partiendo de una categoría central, la cual surge de los datos [249]. Las teorías formales no tienen un temario preestablecido antes de la categoría central; y después de tenerla, el nivel de abstracción para realizar el

proceso de análisis dependerá y finalizará de acuerdo a los datos o estudios encontrados que se relacionen con dicha categoría. En la generación de este tipo de teoría, al igual que en toda investigación, debe tenerse en cuenta la disposición de los investigadores, los recursos financieros e institucionales así como, los tiempos definidos para desarrollar la investigación [249].

Las teorías sustantivas o formales generadas con el uso de la TFC, son siempre conceptuales y no descriptivas, esto implica que al ser conceptualizaciones de la realidad, dejan de lado el énfasis en la voz de los participantes, restando importancia a los datos de identificación (sexo, edad, estado civil, etc) y contextos; pues la pretensión de las teorías generadas no se reduce a describir las vivencias de los participantes, ni se centra en representar la cotidianidad de estos o la construcción de la realidad tal como ellos las ven [247].

Con la TFC los investigadores realizan una abstracción de lo que hacen los participantes, tomando esto como un dato para la generación de teoría, en la cual se explica el comportamiento en relación a la manera como estos resuelven sus principales preocupaciones. Resulta importante resaltar que los participantes podrían incluso no darse cuenta de las conceptualizaciones que están presentes en sus comportamientos [250].

Siendo las teorías generadas conceptuales y no descriptivas, los investigadores se vale de la abstracción para lograr que los datos superen los contextos, áreas e incluso disciplinas, pues si bien, los datos son recolectados de un área, contexto o disciplina determinada, la pretensión es no describir estos en totalidad, más bien se busca identificar en ellos el punto central e interno del fenómeno que se está estudiando; con el uso de la TFC los investigadores pueden acceder a la explicación de un comportamiento generalizable a diversos contextos áreas o disciplinas, pues acá lo importante no es la descripción de las características particulares de los datos, sino el comportamiento central presentes en estos. En efecto, la conceptualización realizada con los participantes de un contexto, área o disciplina, puede ayudar a explicar el comportamiento en otros contextos, áreas o disciplinas [247].

Conceptualizar, también brinda a los investigadores la oportunidad desarrollar teoría que puedan ser aplicadas en distintos momentos del tiempo, por ejemplo el concepto de Justicia propuesto por el filósofo Platón en su texto La República de 380 A.C [251], aún en la actualidad sirve como sustento para el análisis y la comprensión de la realidad.

De acuerdo a lo anterior, se espera que las teorías generadas con la utilización de TFC superen las barreras del tiempo, el espacio y los participantes que ofrecen sus experiencias como sustento para el estudio de un fenómeno. De esta forma, las teorías creadas puedan ser utilizada en otros ámbitos diferentes de donde fueron creadas [241]. Lo que esto indica con exactitud es que las teorías generadas con el uso de la TFC no están determinadas por el tiempo, espacio o contexto y las personas o participante, sólo hasta su aplicación, o sea que, la teoría generada cuando se aplica a una situación, contexto y/o condición específica, los conceptos desarrollados en ésta encajan de forma exacta en el respectivo contexto, situación y/o condición a la que fue aplicado [250].

6.2.2 Las corrientes teóricas que acompañan la Teoría Fundamentada Clásica

Referente a las corrientes teóricas que acompañan la TFC, encontramos que Glaser [5] como principal representante de esta perspectiva metodológica, no ha declarado abiertamente cuáles serían las corrientes que la sustentan. Este autor resalta reiteradamente la importancia de no iniciar un desarrollo teórico fundamentado en nociones preconcebidas, haciendo referencia a no realizar una revisión de la literatura hasta bien no emerja de los datos una categoría central [252]. En consecuencia, su propuesta no se circunscribirse en una corriente filosófica o de pensamiento de forma preestablecida, sino que son los hallazgos realizados en el proceso investigativo de cara a la categoría central que emerge de forma natural y no forzada, lo que delimite y guíe el camino teórico, filosófico o la corriente de pensamiento que tendrá la teoría generada [5].

Cabe resaltar que, para este autor la naturaleza de la realidad de los fenómenos estudiados es objetiva, lo que implica que existe independiente de quien la observa y la estudia; por tanto, la relación del investigador con el fenómeno que estudia es distante; esto supone que los investigadores se acerquen a la realidad contenida en los datos de la manera más objetiva posible, para lograrlo según Glaser [5], debe haber un acercamiento reiterado a estos, apoyándose en la comparación constante.

La TFC propone entre otros aspectos superar la cuantificación, sustentarse en los datos antes de circunscribirse en una corriente teórica, desarrollar teoría partiendo de la realidad y ver los fenómenos con la mayor objetividad posible; teóricos como Jörg Strübing [253], Merry-Jo D Levers [254] y Crucita Delgado [241] han propuestos el realismo crítico y la postura post-positivista, como los sustentos epistemológico de la TFC; estas corrientes facilitan reconocer y comprender la

forma en la cual se observan, recolectan y analizan los datos [241].

Con la vinculación de la TFC al realismo crítico y el post-positivismo, los teóricos antes mencionados, tratan de flexibilizar los conceptos sobre realismo, objetividad e investigación, rescatando la existencia de conocimiento surgido no de la experimentación, sino de una objetividad que se logra a través de contactos sucesivos con los eventos que se pretenden estudiar [255].

Si bien, la postura post-positivista y el realismo crítico, han sido reconocidos como sustentos epistemológicos de esta metodología investigativa, es importante clarificar que estas corrientes, no son necesariamente los fundamentos teóricos de la teoría generada, ya que el sustento epistemológico de esta, se desarrolla alrededor de la categoría central [254].

En la creación de teoría teniendo como sustento la postura post-positivista, el investigador pretende explicar la realidad social, esto lo hace a través de la colección de datos, los cuales tienen existencia propia, así que, el investigador por medio de contactos progresivos con ellos, descubre y comprende el fenómeno de la realidad que se propuso estudiar [241]. Con el realismo crítico el investigador señala la realidad como una totalidad, y accede a esta teniendo en cuenta diferentes niveles: el primero está relacionado con la percepción del observador, el segundo se refiere a lo que está ocurriendo y el tercero se relaciona con saber lo que está sucediendo con el fenómeno que se pretende estudiar, más allá de los acontecimientos. Al integrar estos niveles se logra obtener una representación coherente de la realidad que se desea investigar [256].

La objetividad con la cual se debe relacionar el investigador con el objeto de estudio en la TFC, ha tenido opositores y críticos, como es el caso de Kathy Charmaz [243]. No obstante, en la TFC se pretende mantener la objetividad, para lo cual el conocimiento situado es de gran ayuda; como lo propone Donna Haraway [257]: la mayor objetividad se produce al dar cuenta de las posiciones de partida y las relaciones en que se inscriben los investigadores, considerando su parcialidad y contingencia; con el conocimiento situado, es posible que los investigadores se hagan conscientes y logren reconocer las vivencias propias, de manera que puedan alejarlas de las voces de los participantes [238,239].

Por otra parte, en la producción de teoría utilizando la TFC, los investigadores usan el pensamiento abductivo, deductivo e inductivo; inicialmente acceden al pensamiento abductivo, con el cual unen el mundo exterior con el proceso intuitivo propio de los investigadores cualitativos [258]. En segunda instancia, utiliza el

pensamiento deductivo, esto se evidencia en la TFC durante el proceso de análisis de los datos. Y finalmente, el pensamiento inductivo que exige al investigador buscar la creación de teorías a partir de datos proveniente de la realidad en vez de validar teorías existentes; el método inductivo es un proceso cognitivo que permite recoger datos y realizar el análisis riguroso para organizar los resultados. Según este enfoque investigativo, la construcción de una teoría implica que los hallazgos de las investigaciones se presenten como un conjunto de conceptos interrelacionados que puedan usarse para explicar un fenómeno social determinado [5,12,241,244].

En la TFC el método inductivo se refuerza cuando hay un acercamiento al fenómeno que se desea investigar, partiendo de los datos recolectados de las vivencias y experiencias de los actores sociales relacionados con el fenómeno, y no de la información ofrecida por la literatura. Así mismo, Glaser [5] declara lo importante que es para el investigador dejar de lado los conocimientos previos que tiene del fenómeno que se desea estudiar, también, que estos conocimientos previos no influyeran las narraciones de los participantes, para que no se realicen interpretaciones de los datos recolectados, más bien que estos, durante el análisis pasen a niveles de conceptualización cada vez más altos, promoviendo la objetividad, la capacidad explicativa y generalizable de la teoría [5,241].

6.2.3 Los datos y su recolección

La TFC tiene un precepto: “*todo es dato*” [247]; en esta perspectiva, dato es aquello que está sucediendo en el escenario de la investigación (entrevistas, documentación u observaciones), e indica lo que está pasando en un área sustantiva del conocimiento; así mismo, el dato debe ser descubierto para ser usado en la conceptualización y por tanto, para realimentar las categorías con sus propiedades más relevantes. Aquí también, la búsqueda de la literatura es considerada dato [5,259].

La recolección de los datos debe realizarse teniendo en cuenta dos aspectos, el primero, hace referencia a la información que proviene de los participantes, el segundo, es la información de la literatura, que a su vez puede ser de carácter científico y no científico.

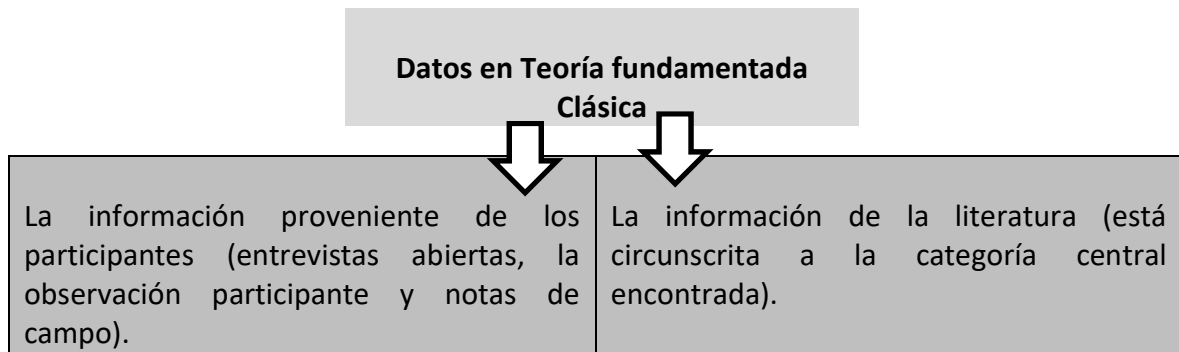


Figura 6.1 Los datos en Teoría Fundamentada Clásica.*

* Basado en:- Glaser BG. Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory. -Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.

6.2.3.1 Recolección de datos proveniente de los participantes

El primer aspecto de la recolección de los datos, está relacionado con aquellos que provienen de los participante; se recolectan teniendo en cuenta el objetivo de la investigación, la metodología escogida y los criterios de inclusión y exclusión planteados en la investigación; en la presente investigación estos criterios son descritos en el apartado sobre el encuentro con los datos. En la TFC los datos que aportan los participantes se recolectan en forma gradual, o sea, se van recolectando a medida que la teoría va emergiendo, valiéndose de la técnica de muestreo teórico, la cual se explica en el apartado elementos a tener en cuenta para el análisis de datos en la teoría fundamentada clásica [5] [12,260].

En el caso de la TFC estos datos pueden recolectarse por medio de entrevistas abiertas, la observación participante y notas de campo [5,12,244]. La forma en la cual se realiza la recolección de las experiencias vividas por los seres humanos para el estudio del fenómeno, permite que los datos encontrados en estas experiencias, sustenten adecuadamente la teoría que se pretende desarrollar. En esta investigación se recolectaron los datos a través de entrevistas abiertas.

La entrevista cualitativa se define como una conversación de carácter profesional guiada por un tema central [261]. La entrevista abierta tiene como antecedente histórico las sesiones individuales del psicoanálisis. Este tipo de entrevista busca analizar las experiencias que tiene un participante frente a un comportamiento, el

cual se desea investigar. Este tipo de entrevista no se trata de una terapia sino que posibilita crear condiciones propicias a la eliminación de cesuras psicológicas; está centrada en el marco social de un fenómeno determinado [262].

Las entrevista abiertas han sido considerada una entrevista en profundidad [262], más su característica particular es permitir que el investigador escuche abiertamente lo expresado por los participantes, con el mínimo de intervenciones posibles, de forma tal que sea la persona entrevistada, quien narra los aspectos que a su parecer considere relevantes.

Durante el desarrollo de las entrevistas, es fundamental generar un ambiente de confianza, confidencialidad y honestidad. Las entrevistas abiertas deben permitir que el entrevistado hable libre y confidencialmente sobre la forma cómo resuelve sus principales problemas en un área específica del conocimiento, por lo tanto, carecen de una guía pre-estructurada y consta de pocas preguntas [247]. Lo anterior aporta al surgimiento de teoría sin forzar ni guiar a datos preconcebidos del investigador [241,262].

Es importante mencionar que, los participantes deben conocer el objetivo y propósito de la investigación, así mismo, la manera como se llevará a cabo la entrevista. La entrevista abierta por medio de la libre expresión de los participantes, también, evita que los investigadores formulen una construcción de las experiencias narradas de acuerdo a sus concepciones previas; busca evitar el cuestionamiento continuo de acuerdo a la perspectiva del entrevistador [241,263].

Paralelamente, encontramos la observación participante que es la otra técnica utilizada en la TFC, para recolectar información de los participantes en una investigación; esta es una descripción sistemática de los acontecimiento, eventos o situaciones que se presentan en el espacio donde se realiza una investigación [223]; esta técnica ha sido un sello distintivo de la Antropología para recolectar información, posteriormente ha sido usada por otras disciplina como la sociología y la enfermería entre otras [264].

La observación participante hace alusión a una fotografía escrita que se realiza del fenómeno a estudiar; en esta fotografía se hace inicialmente una observación activa, o sea, detallada y minuciosa, también, se pueden hacer entrevistas informales y por último se realizan notas de campo, las cuales deben ser lo más claras y detalladas posible. Una de las características más interesantes de la observación participante es que al ser utilizada, los investigadores se facultan para aprender acerca de los seres humanos que están investigando, los cuales se

encuentran en un escenario donde realizan actividades cotidianas [265]. El uso de esta técnica también facilita a los investigadores verificar la información que se recolecta por medio de entrevistas [266].

Las notas de campo son escritos detallados y específicos de lo que sucede en el espacio donde se está realizando la investigación, son la forma inicial en la que se capturan los datos obtenidos en la observación participante; estas se toman durante la observación participante o en momentos posterior a esta. Las notas suelen describir relaciones, interacciones y/o comportamiento entre los eventos sociales, individuales o culturales y el medio ambiente donde está sucediendo el fenómeno que se estudia. Estas notas deben mantener el anonimato de los participantes en una investigación, así como, evitar el uso de expresiones o palabras que presenten juicios, como por ejemplo: el parque es pequeño; este tipo de expresiones no aportan al proceso investigativo, en este caso la nota de campo puede contener la descripción con respecto a qué o porqué, el parque es pequeño. Es importante que las notas de campo sean revisadas, con esto se pretende garantizar la existencia de una conexión entre lo escrito y lo observado [264].

6.2.3.2 Recolección de los datos que proviene de la literatura

El segundo aspecto relacionado con la recolección de los datos, hace alusión a aquellos que provienen de la literatura, que a su vez puede ser de carácter científico y no científico; los representantes de la TFC señalan que esta información tienen gran valor, pues se usa para la integración de la teoría, principalmente en la generación de códigos teóricos, punto esencial en el análisis de los datos en esta perspectiva. Ahora bien, en la TFC la búsqueda de este tipo de información debe hacerse después de encontrar la categoría central y estará limitada a esta [5]. Tanto los códigos teóricos como la categoría central se tratan en el apartado: elementos a tener en cuenta para el análisis de datos en la teoría fundamentada clásica.

Buscar la información después de encontrar la categoría central, asegura que los datos de donde surge esta categoría, provienen de los fenómenos sociales plantados por los participantes; de manera que, los investigadores no inician el estudio de un fenómeno partiendo de nociones preconcebidas; así, la categoría central emerge de los datos y se fundamenta en estos [252]. Para crear una nueva teoría utilizando la TFC, el investigador debe abstraerse inicialmente de la información ofrecida por la literatura, en especial, la circunscrita al área de conocimiento investigada, como una forma de minimizar la influencia de las ideas

preestablecidas del fenómeno que desea estudiar [247].

Del mismo modo, la búsqueda de información, no se realiza para contrastar la categoría central, sino que es tomada como un dato. La información recolectada ayuda a los investigadores en el desarrollo teórico, estos datos serán vinculados de forma coherente a la teoría sustantiva [244]. Es importante recordar que con el uso de la TFC se pretende una generalización de las teorías creadas, las cuales podrían ser aplicadas en diferentes ámbitos del conocimiento, estas “va más allá del lugar, tiempo y personas participantes” [5,244], por lo que Glaser [247] propone a los investigadores utilizar y reorganizar los datos provenientes de la literatura, al tiempo que invita a indagar sobre otras áreas del conocimiento con el fin de realimentar las categorías más relevantes que emerjan durante el proceso investigativo [259].

La información proveniente de la literatura aportan a los referentes teórico presentes en la teoría generada, por lo que estos referentes no podrán ser identificados desde el principio del proceso investigativo, sino que surgirán fundamentados en la categoría central, así como, de la integración que se realice de esta información a la teoría [5]. Como se expresa en el párrafo anterior la literatura empleada durante la creación de teoría, utilizando TFC, será de diversas áreas del conocimiento, lo que propicia la posibilidad de generar nueva jerga [267].

Todas las áreas de conocimiento han desarrollado su propia jerga, compuesta de palabras que expresan acciones y permiten hablar entre un grupo de profesionales acerca de lo que está pasando en su entorno. Así mismo, la posibilidad de desarrollar nueva jerga en un área específica del conocimiento, fomentan que conceptos nombrados por otras, sean refinados y transformados de acuerdo a las necesidades o expectativas actuales que tenga cada área de conocimiento o disciplina [267].

En el caso de TFC la jerga que se desarrolle busca explicar la categoría central, siendo ésta última el fundamento del proceso investigativo, y de los datos recolectados. Esta categoría surge del proceso de análisis que se realiza con los datos. El análisis de datos, constituye uno de los principales usos de la TF en la investigación cualitativa, en especial, porque frente a distintas formas de análisis, se obtiene diferente información sobre un mismo fenómeno, por lo tanto, aclara la forma en la que se realiza este análisis en la TFC se convierte en algo relevante [268]. A continuación se describen algunos elementos a tener en cuenta para el análisis de datos en la TFC. El proceso detallado del análisis de los datos se encuentra en el (Anexo 2).

6.3 ELEMENTOS A TENER EN CUENTA PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS EN TEORÍA FUNDAMENTADA CLÁSICA

El proceso de análisis de los datos en la TFC se acompaña de cuatro aspectos importantes: *la comparación constante*, *el muestreo teórico*, *la elaboración de memorandos* y *la sensibilidad teórica*, los cuales tienen como propósito guiar el desarrollo de la teoría emergente [269].

La comparación constante es significativa porque en la TFC la generación de los códigos conceptuales está sustentada en el modelo concepto-indicador. Este modelo propone que un dato posee indicadores empíricos, los cuales se comparan para ir generando, de forma consecutiva, códigos conceptuales abiertos, categorías sustantivas y sus respectivas propiedades y dimensiones para que de este modo emerja la teoría [5,240].

Junto a la comparación constante, como parte del proceso de análisis, encontramos el *muestreo teórico*, el cual acompaña todo el proceso investigativo y hace referencia a la forma en la que se recolectan los datos, en este, los códigos conceptuales y categorías que vayan emergiendo durante el análisis, serán los que rijan la recolección de nuevos datos (nuevas entrevistas, notas de campo o documentos) que se recogen con el fin de continuar el desarrollo de la teoría a medida que emerge [5] [270].

En consecuencia, los participantes en las entrevistas, las notas de campo o los documentos no se definirán en su totalidad desde el inicio de la investigación, ya que las aportaciones provenientes de estos, serán de acuerdo a la comparación constante de los datos [241,244,260]. Un ejemplo de la relación entre la comparación constante y el muestreo teórico es el siguiente: un participante al que llamaremos A es entrevistado, de allí salen indicadores empíricos que se comparan entre sí, estas comparaciones guían la investigación hacia algunos temas o asuntos que deben tenerse en cuenta para seguir recolectado los datos, entonces el siguiente participantes se elegirá de acuerdo al análisis de la entrevista previamente realizada, este nuevo participantes los llamaremos B. El participante B es entrevistado y la información ofrecida por este se comparará con la información dada por A. El resultado de la comparación nos guiará sobre qué características deberá tener el próximo participante a entrevistar. Este nuevo participante será llamado C. La información ofrecida por C se comparará con la suministrada por A y B. Así que, la información obtenida de comparar A, B y C, dará la pauta para la siguiente entrevista. Esto se repetirá hasta que no se presenten nuevos aportes y la información sea repetitiva.

Teniendo en cuenta el ejemplo anterior, la comparación consecutiva de la información dada por los participantes A, B y C, en TFC es llamada comparación constante [5,244,260]. Y la no obtención de datos nuevos luego de la comparación constante es llamada saturación de los datos. Así que, la recolección de los datos se realiza hasta que se presenta la saturación de estos [263].

Otro proceso que acompaña el análisis de los datos son los *memorandos*, estos surgen durante las distintas comparaciones que se hacen con los datos; la integración de los memorandos, propician la generación de códigos conceptuales y categorías que guían el muestreo teórico. En los *memorandos* el investigador expresa con libertad conceptual ideas sobre los datos que está analizando. Estas ideas son presentadas a través de hipótesis (proposiciones teóricas), que se van integrando y permiten dilucidar las conexiones entre las categorías y sus propiedades, haciendo que la teoría que emerge sea más consistente [271].

Los memorandos requieren creatividad acompañada de sensibilidad teórica [5,271]. El desarrollo de los memorandos permite: 1. Planear cómo se elaboran y organizan detalladamente los datos, 2. Desarrollar las propiedades de cada categoría, definiéndose operacionalmente, 3. Presentar las conexiones entre las categorías y sus propiedades. 4. Generar e integrar los grupos de categorías para crear la nueva teoría y 5. Localizar la teoría emergente de otras teorías potencialmente menos relevantes [244].

La *sensibilidad teórica* es la habilidad para generar conceptos a partir de los datos y relacionarlos con la teoría en general [5], por eso, el investigador deberá tener la capacidad de concebir ideas durante el análisis, así como, tolerar las confusiones que puedan presentarse en el ir y venir por los datos durante su constante comparación [5,245,270].

El análisis en la TFC se hace por medio de la codificación, un proceso dinámico a través del cual se generan códigos que son la relación esencial entre los datos y la teoría que va emergiendo [5]. En esta perspectiva, al fragmentarse los datos para ser analizados, surge un conjunto de indicadores empíricos que al ser comparados permite la emergencia de códigos, los cuales conceptualizan *el patrón de comportamiento* presente en esos indicadores; aquellos, al agruparse y ordenarse, forman una teoría en la que se explica lo que está sucediendo en los datos. En esta perspectiva durante el análisis de los datos se utilizan dos tipos de códigos: *Sustantivos* y *Teóricos*, que permiten la emergencia de la categoría central y posteriormente la creación de la teoría [5].

Los códigos sustantivos permiten la conceptualización y saturación de las categorías que emergen de un área de investigación; así mismo, la generación de estos códigos tiene dos pasos: la codificación abierta y la codificación selectiva [5,270]. Durante la codificación abierta surgen inicialmente códigos conceptuales abiertos, luego categorías y finalmente una categoría central potencial.

En la codificación selectiva emerge la *categoría central* con sus propiedades y dimensiones [5][270]. La categoría central es aquella que, explica de forma relevante cómo se resuelve la principal preocupación de los participantes. Esta categoría se observa con frecuencia en los datos, por lo tanto, es un patrón de comportamiento que muestra sus variaciones mediante la relación con las otras categorías [5][270]. La categoría central en la TFC es un patrón estable, ocurre con frecuencia en los datos y se relaciona de manera significativa y fluida con la mayoría de categorías, propiedades y dimensiones encontradas durante el proceso de análisis [5].

Los códigos teóricos no es una fase o etapa del análisis de los datos, se trata solo de códigos que permiten conceptualizar la forma como los códigos sustantivos (categorías con sus propiedades) se relacionan entre sí como hipótesis que deben integrarse a la teoría [5][269,270,272]. Los códigos teóricos se pueden encontrar desde la generación de códigos sustantivos (codificación abierta o selectiva), ya que son los encargados de potencializar el poder explicativo y de aumentar la pertinencia de las relaciones entre dos o más categorías [273]. Su presencia es más evidente y relevante en la codificación selectiva (la última etapa en la generación de códigos sustantivos), porque es aquí donde se integran las categorías promoviendo el surgimiento de la categoría central. [5,259,272,274].

Los códigos teóricos pueden ser implícitos o explícitos, los implícitos aparecen cuando se conecta e integra la categoría central con sus propiedades y las categorías asociadas a ésta, y puede ser por ejemplo una dimensión de un concepto central [273,274]. Los explícitos surgen cuando después de generar la categoría central y las categorías asociadas a ésta con sus respectivas interrelaciones (códigos teóricos implícitos), los investigadores buscan información en diversos campos del conocimiento para identificar otros códigos teóricos y hacerlos explícitos; estos nuevos códigos aportan novedosas interacciones y conexiones, las cuales ofrecen originalidad a la teoría generada [5,272,273]. Los códigos teóricos se agrupan en familias de códigos, que permiten construir modelos teóricos con un mayor poder de integración y conexión en la teoría generada [259,272,274].

6.4 EL ENCUENTRO CON LOS DATOS

En el encuentro con los datos, seguimos los lineamientos de la TFC en relación a la recolección de los datos proveniente de los participantes, la búsqueda de la literatura y el proceso de análisis. En Consecuencia, los datos fueron recolectados teniendo en cuenta el muestreo teórico, así como, el objetivo de la investigación; entonces, como en esta investigación se busca *Desarrollar un concepto de cuidado de la sexualidad humana para la disciplina de enfermería a partir del proceso de atención a los seres humanos*, los participantes, estaban circunscritos a esta disciplina.

Los participantes, fueron profesionales de enfermería; las características básicas que de estos, se describieron en el apartado relacionado con los criterios de inclusión. La identificación de algunas características específicas en los profesionales de enfermería que participaron en la investigación, favoreció la diversidad en la muestra, lo que se tradujo en una mayor posibilidad de lograr una generalización del concepto desarrollado.

La generación de teoría sustantiva en esta investigación (desarrollo del concepto de cuidado de la sexualidad humana) estuvo circunscrita a un área del conocimiento correspondiente a la disciplina de enfermería. Si bien, con la utilización de la TFC se espera que la teoría generada “va más allá del lugar, tiempo y personas participantes” [5,244], fue importante delimitar el área geográfica en la que estuvieran ubicados los profesionales de enfermería que participaron en esta investigación, esto con el objetivo de facilitar el traslado de los participantes y de la investigadora principal, durante la recolección de los datos, lo que se reflejó en una mayor viabilidad temporal y económica para el desarrollo de la investigación al reducir los costos de desplazamiento.

Es así como la investigadora principal, sus asesoras y un grupo de experto estuvo de acuerdo en recolectar los datos a los profesionales de enfermería que se encontraban laborando en Medellín y el área metropolitana del departamento de Antioquia, ubicado este último en Colombia. La ubicación de los participantes en esta área del territorio nacional favoreció además, cierta homogeneidad, en especial, en lo referente a la validez semántica necesaria para la realización de las entrevistas en la investigación cualitativa.

La ubicación geográfica facilitó la recolección de las entrevistas y el proceso de

análisis al encontrar similitudes semánticas y expresiones semejantes, por tanto, esta ubicación no afectó el desarrollo metodológico ni los resultados del proceso investigativo, además, el concepto desarrollado según los elementos propuestos en la TFC, corresponde a una teoría sustantiva, la cual está inserta en un área del conocimiento (Enfermería) y relacionada a un área geográfica. Hay que mencionar que, siendo el concepto desarrollado una teoría sustantiva, su capacidad de ser generalizable no se vio afectada por la localización geográfica en la cual se recolectaron los datos.

La técnica para recolectar la información de los participantes en la TFC, es el muestreo teórico acompañado de la comparación constante y la saturación teórica; es pertinente aclarar que los criterios de inclusión, sirvieron de marco inicial para reconocer los posibles participantes. Los criterios de inclusión fueron lo suficientemente amplios para no delimitar el proceso de muestreo teórico que surgió de la comparación constante durante el análisis de los datos. Estos criterios representan las características generales que sirvieron para ayudar a identificar los primeros participantes, el resto de ellos estuvieron determinados por el muestreo teórico, la comparación constante y la emergencia de la categoría central que se evidenció por medio de la saturación teórica [275].

6.4.1. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión favorecieron la identificación de las características básicas que debieron tener los participantes en esta investigación; ante todo fueron profesionales de enfermería, los cuales:

Debían desempeñarse actualmente en cualquier área del conocimiento de enfermería, y estar brindando un cuidado directo a los seres humanos, al momento de realizar la entrevista.

Tener cualquier edad, siempre y cuando se encuentran en el ejercicio de su profesión; ser de sexo masculino o femenino; también, podrían tener o no estudios de postgrado.

Ser o no de nacionalidad Colombiana, siempre y cuando hablasen español de forma comprensible y se encontraban laborando en el área geográfica donde se realizó la investigación por un lapso mayor a tres años (Medellín y el área metropolitana del departamento de Antioquia-Colombia).

Contar con disponibilidad, tiempo y disposición para participar en la investigación.

Tener un mínimo cinco años de práctica como profesionales de enfermería y mínimo tres años de experiencia en el área donde laboran; además, en sus prácticas profesionales debían abordar temas sobre cuidado de la sexualidad a los seres humanos.

El criterio anterior estuvo enfocado a la inclusión de participantes con una mayor experiencia en procesos de cuidado de la sexualidad humana. Se esperó que la información para desarrollar el concepto proviniese de participantes que tuvieran experticia tanto en el área donde se desempeñan, como en el cuidado de la sexualidad [276]

6.4.2 Recolección de los datos

La recolección de los datos se realizó de acuerdo a las directrices existentes en la TFC; en correspondencia, se realizó una recolección de datos proveniente de los participante y otra relacionada con la información proveniente de la literatura u otras fuentes de carácter científico o no científico.

6.4.2.1 Datos provenientes de los participantes

Como hemos planteado con anterioridad, la recolección de los datos se realizó teniendo en cuenta el objetivo de la investigación, la metodología elegida y los criterios de inclusión. En consecuencia, realizamos 17 entrevistas abiertas a profesionales de enfermería; el número de participantes no estuvo predeterminado con antelación, su elección surgió de la comparación constante que se realizó con los datos y de la mano del muestreo teórico. [5,244,277].

Fueron 15 participantes, a dos de los cuales se les realizó una nueva entrevista. Estos participantes pertenecían a las áreas de oncología, traumatología, psiquiatría, consulta externa, atención a seres humanos que viven con VIH, cardiología, comunitaria, cuidado a seres humanos con patología renal y farmacodependencia; dos se desempeñan en el rol administrativo, tres en docencia, cinco en investigación y ocho en asistencia directa. Doce fueron mujeres

y tres hombres, tenían edades comprendidas entre 28 y 59; siete trabajaban en instituciones públicas y ocho en privadas, tenían entre 6 y 30 años de experiencia como profesionales de enfermería en el área donde laboraban y entre 5 y 30 años de experiencia tratado temas relacionados con el cuidado de la sexualidad.

Se implementaron algunas estrategias para la identificación de los primeros participantes. Cumpliendo con los principios éticos propuestos para este estudio, los cuales ampliaremos en el apartado de consideraciones éticas; la invitación a participar de esta investigación se envió al mayor número posible de profesionales de enfermería, a través de sus correos electrónicos. El mensaje con esta información fue entregada por las áreas de comunicación de las universidades que en el área metropolitana de la ciudad de Medellín ofrecen este pregrado al momento de realizar la investigación (Anexo 3). De manera que se visitó las diferentes Instituciones educativas llevando un resumen del proyecto investigativo, en el cual se incluyó el título, el objetivo y los aspectos metodológicos más relevantes, así como, el aval del comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia para la realización de esta investigación (Anexo 4). Además, se llevó una copia del formato de consentimiento informado (Anexo 5), dando cuenta del manejo y la confiabilidad que se tendría con los datos suministrados por los participantes [278].

Se esperaba que los primeros participantes de la investigación surgieran de las invitaciones realizadas, pero, no se obtuvo respuestas vía correo electrónico de ningún profesional de enfermería que deseara participar. No obstante, la invitación captó la atención de profesionales de enfermería que trabajan en diversas áreas, los cuales se pusieron en contacto con la investigadora principal o las asesoras del proyecto investigativo, para sugerir contactar colegas que sí cumplieran con los criterios de inclusión y que sus aportes podrían resultar relevantes en el desarrollo del concepto.

Luego de iniciar el proceso de análisis y la respectiva comparación constante de los datos, el ingreso de los participantes al proceso investigativo fue guiada por el muestreo teórico, de manera que se aprovechó las remisiones de participantes realizadas por antiguos profesionales entrevistados o por profesionales de enfermería de otras área que consideraban a un colega interesante para ofrecer aportes significativos al concepto en desarrollo [224,279].

Teniendo en cuenta que la entrevista abierta requiere de un ambiente de confianza, confidencialidad y honestidad; se decidió efectuar una visita de reconocimiento a cada uno de los participantes, esta precedió a la entrevista abierta, donde se explicó al participante el objetivo de la investigación, asimismo,

la manera como se llevaría a cabo la entrevista. En la visita el entrevistador entregó a los participantes el consentimiento informado (Anexo 5), donde aparece el objetivo de la investigación, también ofreció un banco de cuatro preguntas (Anexo 6). Estas últimas invitando a recordar los comportamientos, manifestaciones o experiencias que han vivido durante el cuidado de la sexualidad en los seres humanos, sirviendo de incentivo para iniciar el proceso de comunicación que se llevó a cabo durante la entrevista abierta. El día, la hora y el lugar de la entrevista fueron pactadas en esta visita de reconocimiento.

En dos entrevistas no fue posible realizar la visita previa, así que, se realizó comunicación telefónica con el participante, previa a la entrevista; en estas llamadas se invitó a participar de la investigación, posterior a esta, se envió por correo electrónico, el consentimiento informado y el banco de preguntas. A través de otra llamada telefónica realizada después de recibir la información vía correo, se planeó el día, la hora y el lugar en el cual se realizó la entrevista.

El día de la entrevista, la investigadora principal solicitó el aval de los participantes, mediante un diálogo reflexivo, explicando los beneficios y riesgos de participar en este proceso investigativo; cuando el participante libremente estaba de acuerdo con formar parte de la investigación, se procedía a la firma del consentimiento informado [280]. La investigadora principal fue quien realizó todas las entrevistas abiertas. El ambiente donde se desarrollaron dichas entrevistas fue tranquilo y privado, los participantes narraron sus experiencias relacionadas con el fenómeno que se deseaba estudiar. Las entrevistas tuvieron una duración en promedio de 48 minutos; todas las entrevistas fueron grabadas en un dispositivo de sonido; posterior a la grabación las entrevistas fueron transcritas (Anexo 7) por la investigadora principal con la ayuda del software de uso libre *Express Scribe* [281].

Cada participante en la grabación fue reconocido por un seudónimo, el cual eligió previamente. Al finalizar la entrevista se planteó la posibilidad de realizar una nueva entrevista bajo las mismas características de la anterior, siendo el caso que durante el análisis se reconociera la necesidad de completar o ampliar información, advirtiendo que esto se haría para todas las entrevistas, las veces que sea necesario hasta lograr la saturación de los datos [263,279]. De las entrevistas realizadas, a dos participantes se les realizó nuevas entrevistas para completar asuntos tratados en las entrevistas previas.

6.4.2.2 Datos provenientes de la literatura u otras fuentes

La recolección de información proveniente de la literatura se realizó como lo propone la TFC, o sea, después de identificar la categoría central, la cual surgió del análisis a las entrevistas abiertas realizadas a los participantes. La búsqueda de la información no se realizó para contrastar la categoría central sino que fue tomada como un dato, por esta razón no correspondió a una búsqueda sistemática de la literatura científica, sino una búsqueda localizada, en la cual primó el vínculo entre la información ya fuera de carácter científico o no científico y la categoría central.

El acceso a la literatura científica se hizo empleando las bases de datos proporcionadas por el sistema de bibliotecas de la Universidad de Antioquia, utilizando el acceso on-line desde las sedes de la universidad y/o la residencia de la investigadora, también, se utilizó con herramienta de búsqueda Google Académico Beta [282]. Para apoyar esta búsqueda se utilizaron descriptores relacionados con la categoría central y con los códigos teóricos implícitos tales como: comunicación, afinidad, armonía, sexualidad en enfermería, ley de opuestos y contrarios, mediación, vínculo, construcción sexual, potencia y cosmo; la búsqueda de la literatura se efectuó en español, inglés y portugués.

Los textos o artículos que aportaron al refinamiento del concepto, también procedieron de recomendaciones realizadas por expertos y por las asesoras de este proyecto investigativo. Algunos grupos expertos que aportaron ideas para la revisión de información fueron: el grupo de docente de posgrados de la Universidad de Antioquia (UdeA), profesionales del área de comunicación social, Psicología, Antropología y participantes del grupo de investigación de la Universidad de Valladolid (UVA). De estas recomendaciones se identificó la relevancia de revisar textos clásicos y originales, aprovechando el valor teórico que ofrecen sus autores.

También se exploró en información proveniente de videos, blogs de comentarios, periódicos u otros documentos de on-line. Por ejemplo los videos de electromagnetismos, conectividad de las redes a nivel mundial y la vida secreta de las plantas, que favorecieron la reflexión sobre asuntos como de la temporalidad, el equilibrio, la afinidad y la transformación de la naturaleza como un todo, además, de la abstracción necesaria para organizar los memorandos.

6.4.3 Análisis de los datos

Luego de la recolección inicial de los datos a través de las entrevistas abiertas y aprovechando las grabaciones y las transcripciones, se inició el proceso de análisis, el cual fue realizado por la investigadora principal. Para este se usó Word y Excel como programas informáticos. Como se planteó anteriormente el análisis de los datos en TFC propone la emergencia de dos tipos de códigos: sustantivos y teóricos.

Estos códigos surgen a través de una codificación abierta y una codificación selectiva.

6.4.3.1 Códigos Sustantivos: la codificación abierta

El proceso que se realizó en la codificación abierta está ilustrado en la (Figura 6.2). El proceso detallado de la forma en la cual se realiza la codificación abierta se encuentra en el (anexo 2). La codificación abierta inició con la transcripción de las entrevistas abiertas, además, de escucharlas repetidamente, pues, escucharlas de forma continua como una historia, favoreció reconocer en cada línea el mensaje que emergió a manera de código, además, se ejercitó el hábito de escuchar, que ayudó a instruir al investigador en la sensibilidad teórica, logrando abstracciones más conceptuales de los eventos narrados [208,259]. Por tanto, iniciamos el análisis con la lectura de las transcripciones para identificar los indicadores presentes en los datos, y escuchando cada entrevista entre 4 y 5 veces, en búsqueda de códigos sustantivos.

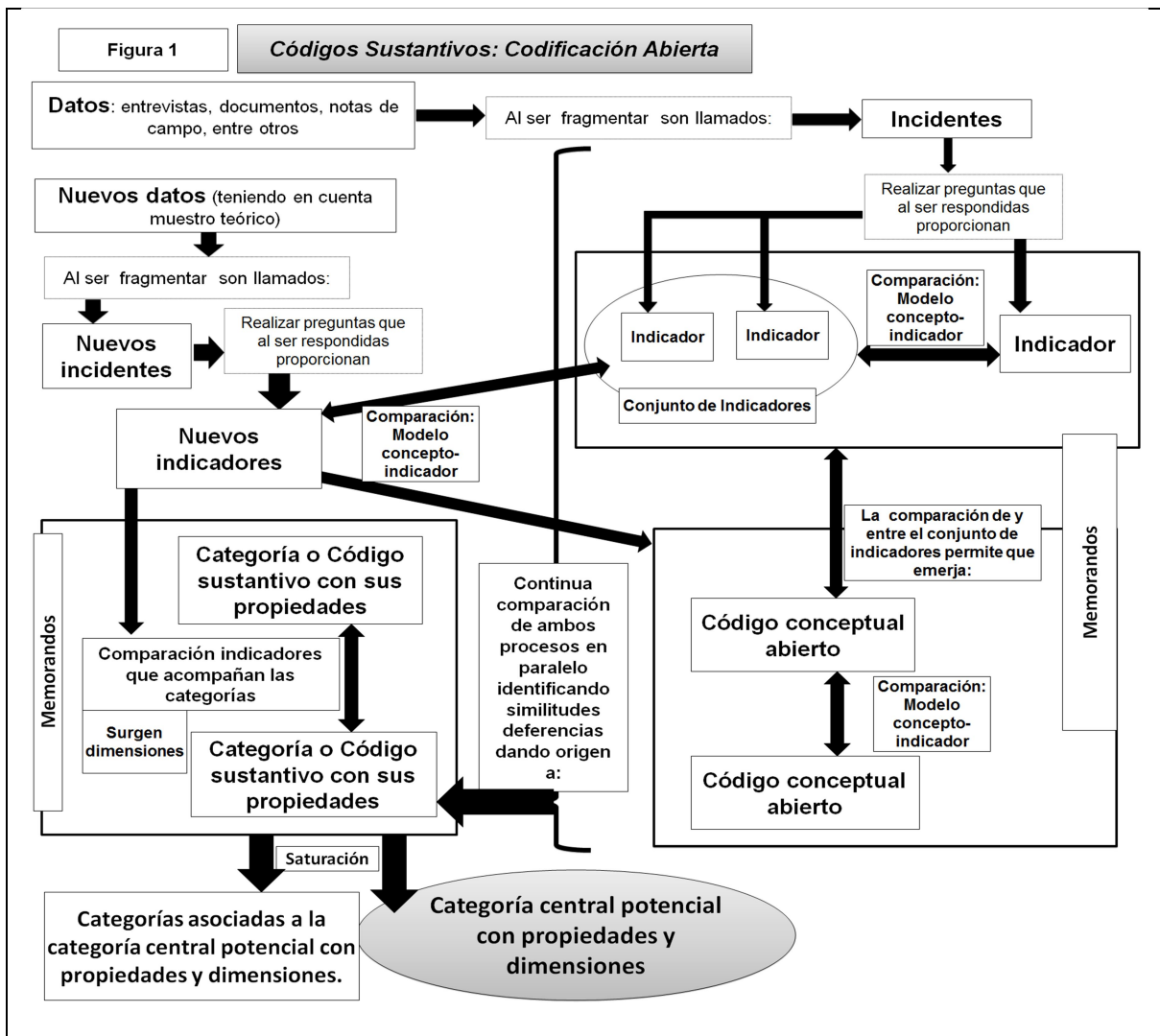


Figura 6.2 Códigos sustantivos: codificación abierta.*

*Basado en *Theoretical Sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory* y *The coding process and its challenges* [5,270].

En la codificación abierta se analizaron 11 entrevista, con cada una se elaboró un mapa conceptual, que facilitó identificar las interacciones entre los códigos y/o las categorías que emergieron durante el proceso de análisis (Anexo 8). Inicialmente se analizaron cuatros entrevistas, dos se recolectaron inicialmente, las cuales fueron escuchadas, transcritas y analizadas, en el orden que fueron recogidas, también, se les realizó el mapa conceptual, todo esto dio la pauta para nuevas recolecciones de datos según el muestreo teórico, en consecuencia, se recolectaron las otras dos entrevistas, que se analizaron de la misma forma. Las

comparaciones constantes entre los datos ya recolectaron ofrecieron información acerca de los nuevos datos que deberían ser tomados, de manera tal que se realizaron dos nuevas entrevistas, luego otras dos y finalmente tres nuevas entrevistas para un total de 11, con las cuales se terminó la codificación abierta al no producirse nuevos aportes y permitir identificar la categoría central potencial. Cada entrevista recolectada fue escuchada, transcrita y analizadas en el orden que fue recogida.

Siguiendo las recomendaciones de Glaser [5] en relación a la distribución de los datos durante el análisis, estos se colocaron en un orden de izquierda a derecha y de forma consecutiva como se muestra en (tabla 6.1); esta ubicación facilitó visualizar la totalidad de los datos, favoreciendo la comparación constante y la clasificación de los memorandos.

Tabla 6.1. Formato para codificación.*

Pregunta:

ENTREVISTA	N° DE INCIDENTE	INCIDENTE	INDICADOR	MEMO
Entrevista 3	An3(10)	“entonces en esencia y per se, un ser humano que quita o coarta la sexualidad de su vida, no tiene cómo comunicarse con los demás, no tiene cómo ser para los otros y para sí mismo.”	La sexualidad como lenguaje.	Nombre del memo: Sexualidad como lenguaje Fecha de elaboración: 23-01-2015 Número de código en el documento: An3(10) La coartación de la sexualidad limita la expresión y la comunicación de los seres humanos. La sexualidad es un medio de expresión, de comunicación. La sexualidad un asunto que incluye ser para los otros y para sí mismos. Nota de revisión de las docentes: Sólo para pensar, será que una persona logra coartar la sexualidad? inclusive la persona que está en celibato?

* Basado en *Theoretical Sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory* [5].

Las 11 entrevistas recolectadas durante la codificación abierta fueron escuchadas, transcritas y analizadas de la siguiente manera: se dividieron o fracturaron en frases con coherencia semántica, estas son llamados: *Incidentes* [5,270]. A cada incidente se le asignó un número para su identificación por ejemplo An1 (2), donde (An) es análisis, (el 1 que acompaña a An) corresponde la primera entrevista y (2) indica que es el segundo incidente de la entrevista. A cada incidente se le realiza cinco preguntas [245], que al ser respondidas, proporcionan *indicadores*. Estos posibilitaron la generación de códigos y trascender detalles descriptivos presentes en los datos [5](Anexo 9).

Se continuó con el análisis de los datos comparando cada indicador, con sí mismo y con el conjunto de indicadores que fue surgiendo de las entrevistas, utilizando el modelo concepto-indicador [5]. Esta comparación de y entre promovió la generación de *códigos conceptuales abiertos* [269]. Cuando se iban incluyeron *nuevos datos* se generaban *nuevos incidentes* y posteriormente *nuevos indicadores* que se fueron comparando con los códigos conceptuales abiertos [5]. La comparación entre nuevos indicadores y códigos conceptuales abiertos, facilitó la identificación de similitudes, diferencias y grados de consistencia en su significado, al tiempo que proporciona uniformidad, que se tradujo en la generación de *categorías sustantivas*, o *código sustantivo*, con sus respectivas propiedades [5].

El proceso de análisis tuvo un flujo abierto y continuo, donde se hicieron comparaciones constantes, así que, el conjunto de indicadores estuvieron siempre en constante comparación [5]. Los indicadores de las categorías sustantivas o códigos sustantivos generados con sus respectivas propiedades (características), se compararon entre ellos y con nuevos indicadores provenientes de las nuevas entrevistas realizadas, creando nuevas propiedades [5,269]. Así, cuando nuevos indicadores no aportaron propiedades distintas a un código sustantivo o categoría sustantiva, se consideró que ésta había saturado [5,283]. Este proceso de saturación permitió reflexionar sobre la finitud del proceso investigativo, haciendo posible delimitar una variable o *categoría central potencial*, que guío, en adelante, el fenómeno a estudiar [5].

La categoría central potencial fue aquella que se relacionó de manera significativa y fluida, con las otras categorías sustantivas o códigos sustantivos con sus propiedades y dimensiones [5,270], con su aparición se dio por terminada la codificación abierta y se abrió paso a la codificación selectiva; además, en esta categoría se centró el proceso de recolección de datos (muestreo teórico) y las comparaciones de nuevos datos durante la codificación selectiva [5]. La codificación abierta finaliza con la generación de la categoría central potencial, así como la identificación de las categorías asociadas a esta.

6.4.3.2 Códigos Sustantivos: la codificación selectiva

El proceso que se realizó en la codificación selectiva está ilustrado en la (Figura 6.3). Inicia donde finalizó la codificación abierta, o sea, con la generación de la categoría central potencial y las categorías asociadas a esta. El proceso detallado

de la forma en la cual se realiza la codificación selectiva en la TFC se encuentra en el (anexo 2). En la codificación selectiva se analizaron 6 nuevas entrevista, estas también fueron transcritas y posteriormente escuchadas entre 4 y 5 veces. Estas 6 entrevistas se analizaron en el orden de su recolección; en tanto, la forma en la que fueron tomadas y el orden fue el siguiente: teniendo en cuenta la categoría central potencial y guiados por el muestreo teórico, se recolectaron inicialmente dos entrevista y luego otras dos, para un total de cuatros entrevistas, con las cuales se logró identificar la *categoría central*. Tomando como fundamento la categoría central, se realizaron dos nuevas entrevista las cuales no produjeron aportes considerables, lográndose la saturación de la categoría central.

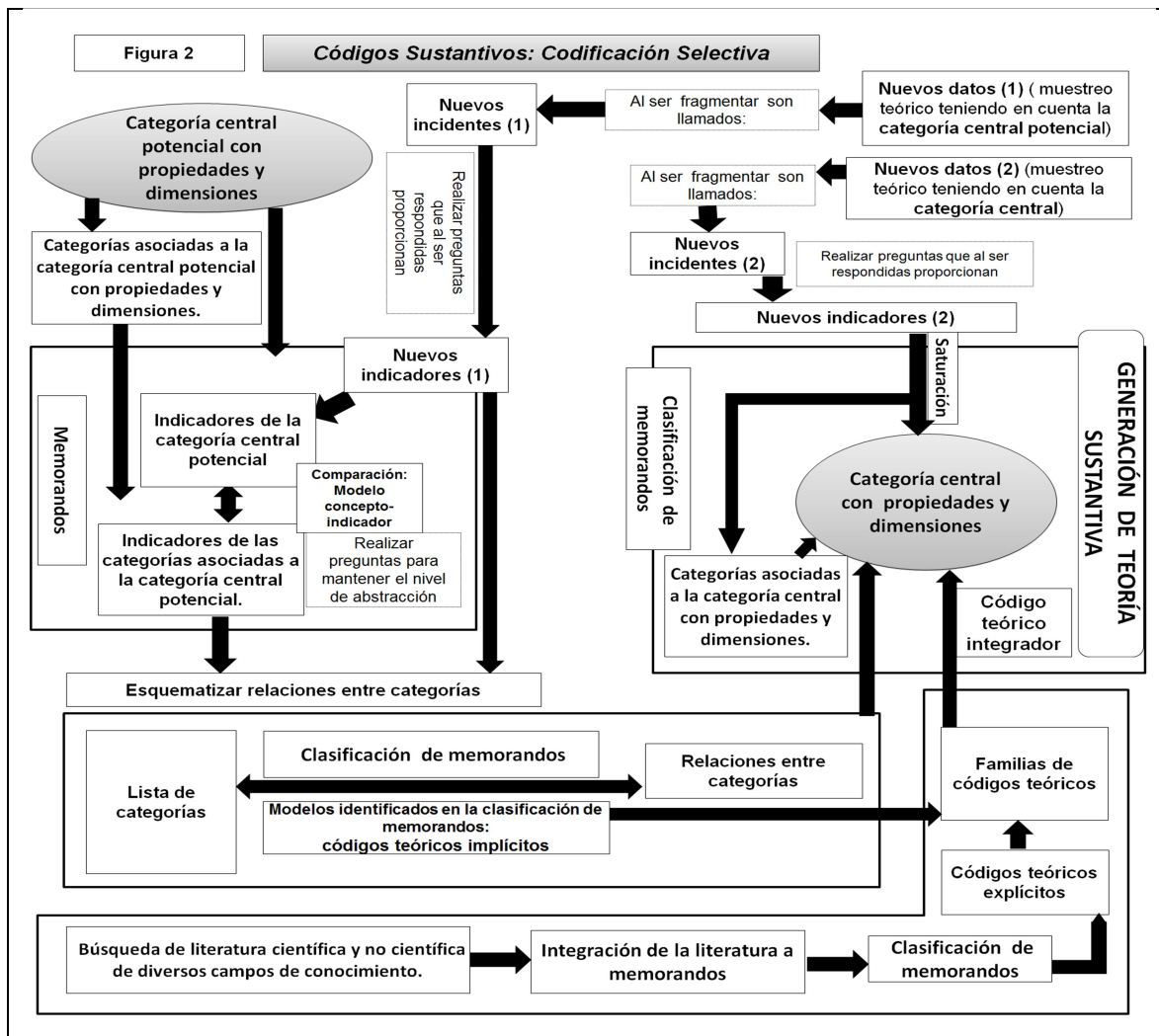


Figura 6.3 Códigos sustantivos: codificación selectiva.*

*Basado en *Theoretical Sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory* [5] y en *The coding process and its challenges* [270].

De la misma manera que fueron fracturadas las entrevistas en la codificación abierta, se realizó en la codificación selectiva, e igualmente, de ellas surgieron incidentes y luego indicadores los cuales fueron utilizados para ser comparados.

Los indicadores pertenecientes a las entrevistas realizadas en la codificación selectiva, fueron comparados con el modelo concepto-indicador con los indicadores de la categoría central potencial y las categorías asociadas a esta; durante este proceso de comparación, Glaser [5] propone realizar cinco preguntas (Anexo 2), estas al ser respondidas, ayudaron a matener el análisis en un nivel de abstracción y de conceptualización que sobrepasó lo descriptivo.

La comparación entre los indicadores de la categoría central potencial, las categorías asociada esta y los nuevos indicadores provenientes de las entrevistas realizadas, favoracieron las modificaciones necesarias de sus propiedades y dimensiones. Descubrir uniformidad subyacente entre las categorías sustantivas con sus dimensiones y propiedades, dió lógica a sus integraciones; este proceso condujo a la elaboración de un esquema de las relaciones entre todos estos componentes [5,270]. Al identificar y esquematizar las relaciones entre las categorías, propiedades y dimensiones se fue configurando en una lista de categorías (Anexo 10), las cuales, se continuaron comparando con nuevos indicadores de las entrevistas recolectadas, hasta que emergió la categoría central [270] con sus propiedades y con una categoría asociada a ella.

Para la identificación de las relaciones presentes en la lista de categorías que surgió previo a encontrar la categoría central, se hizo uso de los memorandos (Anexo 11), estos se ordenaron, dejando ver tanto las relaciones de las categorías entre sí, como la integración de la teoría a modo hipótesis o sea que, también facilitaron la identificación de códigos teóricos implícitos [5,269,272,284].

La clasificación de los memorandos proporcionó integridad teórica y la generación de notas con un nivel conceptual más alto, las cuales, ofrecieron un mejor modelo para relacionar e integrar las categorías. Los modelos que se evidenciaron en las notas conceptuales o memorandos fueron los primeros códigos teóricos implícitos que se obtuvieron en la teoría [269,270,285]. En otras palabras, los memorandos sirvieron como medio para revelar las relaciones entre las distintas categorías y su propiedades [5,270].

Como se dijo previamente, una vez identificada la categoría central, el análisis

continúo con la recolección de dos nuevas entrevistas guiada por la categoría central; en este punto, la elección de los indicadores estuvo guiada por esta categoría. Haber delimitado de la recolección de datos en torno a la categoría central hizo que la teoría fuera más parsimoniosa, y facilitó la saturación teórica de la categoría central y la categoría asociada a ésta [5,270].

Al identificar la categoría central se inició la recolección de información proveniente de la literatura u otras fuentes, catalogadas como de carácter científico y no científico; teniendo como fundamento la categoría central, se tuvo la oportunidad de contactar información de otros campos del conocimiento diferentes a la disciplina en enfermería [270]. Durante la integración de la información revisada en los memorandos, estos dotados de modelos provenientes de otros campos del conocimiento, fueron clasificados y organizados, promoviendo la aparición de nuevos códigos teóricos (explícitos) [5,273]. Tanto los códigos teóricos implícitos como los explícitos fueron clasificados en familias de códigos. Estas familias agrupan los códigos, que al ser organización y clasificación, dejaron ver claramente, las similitudes, conexiones y uniformidades, al tiempo que su ubicación precisa en el concepto. De esta organización de los datos surgió un código teórico integrador, lo que generó un mayor poder de integración en la teoría [5].

Identificada la categoría central con sus propiedades, la categoría asociada a esta con sus propiedades y en presencia de un código teórico integrador, se dió por terminado el proceso de análisis, dando paso al informe escrito, el cual fue acompañado por un diagrama (Figura 7.5), en el cual, se relacionan la categoría central y la categoría asociada a esta.

En el informe escrito también se utilizaron diversas figuras las cuales ayudaron a dar sentido a las relaciones que iban emergiendo de los datos (Figuras de la 7.2 hasta la 7.16). Para finalizar el informe escrito se realizó una figura donde se puede visualizar de forma condensada la teoría sustantiva generada durante el proceso de análisis, en la cual se integran los diferentes elementos de la nueva teoría (Figura 7.16).

Un asunto que aportó a la validación del análisis realizado y que refrendó las posibilidades conceptuales que tiene la metodología elegida para el desarrollo de la investigación es el rigor metodológico, el cual es tratado en el siguiente apartado.

6.5 EL RIGOR METODOLÓGICO

En la perspectiva de TFC propuesta por Barney Glaser la calidad de los datos se fomenta a través de procedimientos como la comparación constante, la sensibilidad teórica, la reflexividad, el muestreo teórico y la saturación teórica [5,286]. Un principio importante en el rigor metodológico de la TFC es Flexibilidad autónoma, esta hace referencia a no tener preestablecido todo lo que sucederá en el proceso investigativo (número de participantes, temas para revisión de la literatura previo a la recolección de los datos). Esta flexibilidad autónoma, permite dar relevancia a la generación de teoría proveniente de los datos, donde la comparación constante, el muestreo teórico y la saturación teórica son guías que propician la emergencia de las categorías y su respectiva integración [275].

En el caso de esta investigación no se tenía planeado un número predeterminado de participantes, ni las áreas en las cuales estos deberían estar desempeñándose, tampoco se plantearon criterios de inclusión en términos de edad y sexo, consecuentes con lo propuesto en la TFC, los participantes se eligieron teniendo en cuenta el muestreo teórico, o sea, de acuerdo a las categorías que emergieron durante el proceso de análisis. Asimismo, fundamentado en este principio de Flexibilidad autónoma, los temas para recolectar los datos provenientes de la literatura se revisaron después de ser encontrada la categoría central.

En la TFC los procedimientos que aportan a la calidad de la investigación están estrechamente relacionados, porque durante el proceso de análisis, la comparación constante de los indicadores identificados en los datos, se dan simultáneamente con el muestreo teórico, consiguiendo paulatinamente la saturación de los datos.

6.5.1 Comparación constante

Es un criterio de aumento de la calidad en la TFC, este procedimiento se fundamenta en la identificación de las categorías, las cuales, resultan esenciales en el desarrollo de teoría, permitiendo conocer la naturaleza de los conceptos e identificar las relaciones de unos con otros, a fin de ser integrados a una teoría [247]. La comparación constante es utilizada en el proceso de codificación, este último es una relación esencial entre el dato y la teoría. En el proceso de análisis, se identifican indicadores los cuales son constantemente comparados, consiguiendo la emergencia de códigos que a su vez tienen indicadores, los que

sucesivamente serán comparados con nuevos datos y con los anteriores hasta encontrar consistencia teórica revelada a través de la generación de una categoría central.

La comparación constante se compone de cuatro partes: 1. Comparar incidentes e indicadores aplicables a cada categoría. 2. Integrar categorías y sus propiedades. 3. Ofrecer las bases para delimitar la teoría por medio del muestreo teórico. 4. Escribir la teoría cuando se comparan y organizan los memos. Uno de los principales aportes de la comparación constante en la validación de la investigación es que a través de este procedimiento, no se forza la creación de categorías de manera prematura, previniendo una terminación precoz del proceso investigativo con teorías sin profundidad conceptual [275]. Otro aporte es que a través de la comparación constante se genera una auto-corrección de las categorías identificadas, o sea que, las características conceptuales identificadas en las categorías que emerjan, serán continuamente contrastadas por medio de la comparación hasta que se identifiquen los elementos que en ella persisten, permitiendo descubrir el patrón latente que constituye el eje de la teoría; la validación de la investigación utilizando la comparación constante aporta a generación de una teoría consistente e integrada [5].

En esta investigación se realizó una comparación constante de los datos obtenidos en las entrevistas abiertas, así como, los datos obtenidos durante la revisión de la literatura u otras fuentes de carácter científico y no científico, una vez identificada la categoría central; en estas comparaciones se tuvo en cuenta la sensibilidad teórica como otra herramienta que contribuye a la validación de la investigación cuando se usa TFC.

6.5.2 Sensibilidad teórica

Consiste en la habilidad de los investigadores para conceptualizar a partir del análisis de los datos. Para el desarrollo de sensibilidad teórica el primer paso es no tener filiación con una teoría específica, y en especial, restringir la posibilidad de tener proposiciones teóricas como guía previa al analizar los datos provenientes de los participantes; esto permite que los investigadores identifiquen los sucesos presentes en los datos sin que estos sean ajustados a teorías ya existentes [5].

La sensibilidad teórica como sustento de validez investigativa otorga a los investigadores la capacidad de ir más allá de las estructuras preestablecidas por

las teorías preconcebidas, manteniéndose abiertos a lo que está sucediendo en los datos. Lo que se pretende con la sensibilidad teórica es que durante el proceso de comparación constante los investigadores puedan ir y venir por los datos, intentando descubrir el patrón de comportamiento presente en ellos, apelando a la creatividad y la reflexión [286].

La sensibilidad también se incrementa cuando después de encontrar la categoría central, los investigadores se impregnan de información que provenga de diferentes áreas de conocimiento, o sea, un acercamiento a otros campos de conocimiento; el uso de teorías multi-variables para hacerse sensible en cuanto a cómo conceptualizar los datos, permite construir conceptualizaciones sensibles a los datos ya analizados, que contribuyan a complementar e integrar la teoría que emerge. Esta sensibilidad está enmarcada en las capacidades y recursos teóricos, reflexivos y creativos del analista [5].

La sensibilidad teórica en esta investigación se implementó sin la adopción de una proposición teórica previa del tema, al inicio de la investigación; por lo cual, no se realizó una revisión de la información relacionada con el cuidado de la sexualidad humana en la disciplina de enfermería o en otra área del conocimiento. También, durante el proceso investigativo, después de encontrar la categoría central, procuramos afinar la sensibilidad teórica revisando la literatura, de manera que los campos de conocimiento y los aportes teóricos no provenían de una sola disciplina, ni se circunscribieran a un área específica del conocimiento. Con estos procedimientos se esperaba que la validez otorgada por la sensibilidad teórica, proveyera elementos teóricos al concepto desarrollado haciéndolo más consistente, integrado y multivariado [275].

6.5.3 Reflexividad

Es un componente usado para apoyar la calidad de los procesos investigativos, ésta acompaña la sensibilidad teórica de los investigadores y ayuda a examinar prejuicios o creencias que tiene quien investiga, sobre el tema que se propone estudiar [244]. Esta reflexividad la podemos encontrar en dos niveles, el primero hace referencia a la capacidad de reflexionar sobre nosotros mismo, o sea, hacerse consciente de nuestros pensamientos y posturas; el segundo es la capacidad de reflexionar acerca de los datos que se están analizando durante el proceso investigativo [287].

Para estimular el desarrollo de la reflexividad en los investigadores, en relación al

primer nivel, estos puede intentar responder las siguiente preguntas: ¿Cómo mi historia personal me ha llevado a tener interés por el tema que he de investigar?, ¿Cuáles son los presupuestos que tengo sobre el campo de conocimiento en el cual se desarrollará la investigación?, ¿Cómo me posiciono en relación con este conocimiento?, ¿Cómo influye mi género, historia personal y cultura en el posicionamiento que tengo en relación con el tema a estudiar? [286]. En este estudio, la investigadora principal respondió a estas preguntas a través de la elaboración de un escrito llamado “Auto-biografía sexual” (Anexo 1); con estas respuestas se pretendió identificar las posiciones que se tienen frente al tema y el proceso de investigación; esta reflexividad permitió a la investigadora principal hacerse consciente, para procurar separar las percepciones personales de los datos recolectados, con el objetivo de lograr escuchar y extraer lo que en ellos suceden.

Frente al segundo nivel, es posible estimular la reflexividad acerca de los datos acrecentando también la sensibilidad teórica cuando se intenta dar respuesta a las preguntas propuesta por Glaser [245], durante el proceso de codificación abierta. En consecuencia, durante la comparación constante, en la codificación abierta que realizamos de los datos en esta investigación, respondimos a las siguientes preguntas “¿Qué estudian estos datos?, ¿Qué categoría indica este incidente?, ¿Qué está sucediendo realmente en los datos?, ¿Cuál es la principal preocupación a la que se enfrentan los participantes? y, por último, ¿Cómo se explica la continua resolución de este problema o preocupación?”. Al dar respuesta a estas preguntas, se pretende identificar lo que estaba sucediendo en los datos, buscando trascender detalles descriptivos, e intentando extraer de ellos la esencia que los compone, integra y sustenta.

Este segundo nivel de reflexividad requiere que el investigador sea creativo, de manera que pueda generar códigos sustantivos y teóricos con un alto nivel de abstracción y con suficiente originalidad que facilite la generación de una nueva teoría. Para esto Glaser [275] propone que en la TFC, durante la comparación constante que se realiza a los datos en la codificación selectiva, estos sean sometidos a otras preguntas; al tiempo que después de encontrada la categoría central, se combine la flexibilidad autónoma y la sensibilidad teórica. Por consiguiente, en la investigación desarrollada, tuvimos la libertad de indagar en diferentes áreas del conocimiento (flexibilidad autónoma), tales como, la física y la informática entre otras, lo que ayudó a activar la creatividad necesaria para lograr ver los datos de forma tal que, favoreció la posibilidad de ir más allá y lograr adentrarnos en lo que sucedía en estos (sensibilidad teórica).

Asimismo, durante la comparación constante de la codificación selectiva, fueron realizadas las siguientes preguntas a los datos, las cuales son propuestas por

Glaser [5]: “¿Qué está pasando en los datos?, ¿Cuál es el problema social básico al que se enfrentan los participantes en el campo de acción?, ¿Cuál es el proceso social básico o el proceso de estructura social que resuelve el problema en el campo de acción? y ¿Cómo se explica el problema en este proceso básico social?” [5]. Responder estas preguntas permitió aumentar el nivel de abstracción y de conceptualización, en especial, cuando se explicaban las conexiones entre las categorías, en el momento que surgió la categoría central [5].

La reflexividad como un elemento que nos acerca al rigor metodológico en la TFC, no puede confundirse con la subjetividad; la reflexividad debe ser vista como una condición que permite la clarificación metodológica al ser una fuente de conocimientos en donde se integra la capacidad de razonamiento y la interpenetración de los datos [287].

Otros elementos que propician rigor metodológico en la TFC son el muestreo teórico y la saturación teórica.

6.5.4 Muestreo teórico

Este permite seleccionar los nuevos datos que se deben recolectar, con el objetivo de refinar o aclarar las categorías que se generen durante el proceso de comparación constante. También aporta en la generación de un mayor número de categorías [244]. Cabe recordar que los participante en la TFC no están definidos previamente, así que, a través del muestreo teórico estos son seleccionados de acuerdo a la relevancia que representen para lograr desarrollar la teoría.

El muestreo teórico aporta al rigor metodológico en la TFC pues con este se impide la recolección de datos sin relevancia teórica para la investigación, a la vez que aleja el riesgo de seleccionar participantes de forma arbitraria o impuesta; así que, los datos al ir ganando su lugar en la teoría generada, indica el tipo de participante a elegir para continuar con el proceso investigativo, el cual ayudará a un mejor desarrollo de las propiedades y de las categorías que vayan emergiendo durante el proceso de análisis [286]. En la presente investigación los datos iniciales se seleccionaron a través de una invitación abierta; luego de analizar los primeros datos, fue el muestreo teórico el que guió la selección de datos subsiguientes.

Además, el muestreo teórico ofrece aportes importantes al rigor metodológico en

la TFC al promover la selección de participantes con los cuales se desarrolle cada categoría; esto implica tener un extenso espectro la variabilidad de datos, lo que se traduce en la posibilidad de tener un amplio rango de grupos para la comparación, los cuales son usados para la construcción de la teoría. La variabilidad de los datos, representa la posibilidad de obtener una teoría lo suficientemente profunda e integrada que pueda ser generalizable [5] [275].

El muestreo teórico en la TFC para esta investigación tuvo dos aspectos, uno es el muestreo teórico realizado cuando se está recolectando los datos que provienen de los participantes de la investigación y el otro, es el muestreo teórico realizado después de encontrar la categoría central, en este segundo tipo de muestreo se incluyen revisiones de la literatura y al mismo tiempo de los datos provenientes de los participantes que permiten la saturación de la categoría central [244].

El primer tipo de muestreo teórico pone en evidencia los atributos o características que poseen los datos, dejando ver las similitudes y diferencias en estos, lo que facilita establecer las categorías, e incluso identificar la manera más adecuada de completarlas y jerarquizarlas. El segundo tipo de muestreo se enfoca en la identificación de datos que aporten al desarrollo de códigos teóricos, esto implica que se obtenga información a través de la cual se integren las categorías con sus propiedades, al tiempo que se afina el alcance de la teoría. La variedad de los datos recolectados es esencial para lograr que la teoría tenga suficiente profundidad y ajuste [286].

En esta investigación se realizó muestreo teórico cuando se estaba analizando las entrevistas provenientes de los participantes, lo que dio pie a la elección de nuevos participantes y nuevas entrevistas hasta la emergencia y saturación de la categoría central. En segunda instancia se realizó muestreo teórico durante la revisión de la información proveniente de la literatura u otras fuentes de carácter científico y no científico, en la cual se tuvo en cuenta áreas del conocimiento diferentes a la enfermería, con el objetivo de aportar mayor variabilidad y hacer el concepto más amplio y generalizable. Así que, el muestreo teórico fue un aspecto fundamental tenido en cuenta en la presente investigación, como parte del rigor metodológico.

6.5.5 Saturación teórica

La saturación teórica es otro componente que da cuenta del rigor metodológico durante la implementación de la TFC; se utiliza para dar por terminada la

recolección de la información [244,288,289]. El momento en el cual, añadir nuevos casos no aporta información significativa adicional para el desarrollo conceptual, fue considerada la saturación teórica. En consecuencia, la saturación teórica implica parar la recolección de nuevos datos para el proceso de análisis, cuando estos no aporten nuevos elementos a las categorías, diferentes a las ya encontradas [244].

La saturación teórica de las categorías se logró a través de la combinación de tres aspectos; uno es la sensibilidad teórica de los investigadores, otro, trata sobre la integración de la teoría y por último, los límites empíricos de los datos [286]. Con respecto a la sensibilidad teórica, como anotamos en párrafos anteriores, es la habilidad de los investigadores para desarrollar proposiciones teóricas durante el proceso de análisis, permitiendo la identificación de categorías con sus propiedades, siempre buscando ir más allá de lo descriptivo y logrando identificar lo que dicen los datos; es claro que, si no se identifican las categorías, su posterior saturación es inviable [5].

La integración de la teoría, favoreció identificar una finitud en la recolección de los datos; cuando las categorías emergentes de los datos encajan, se integran y se consolidan, entonces, la recolección de nuevos datos se hace innecesaria, lo que lleva a la saturación teórica de estos. Es preciso aclarar que la integración de la teoría se hizo utilizando las notas teóricas ordenadas. Estas notas no son otra cosa que los memorandos realizados a lo largo del proceso de análisis, con los cuales se afinó la teoría que se estaba generando. Esta integración teórica incluyó la generación de códigos teóricos presentes en los datos, a través de los cuales se integraron las categorías sus propiedades y dimensiones [5].

En relación a los límites empíricos que tienen los datos, se encuentran sustentados en los tipos de muestreo teórico que se realizan durante el proceso de análisis. Por tanto, para llegar al punto en el cual se identifica que la nueva información recolectada es redundante, se debe abarcar información amplia, diversa y variable en relación a las categorías más relevantes; es fundamental recordar que las teorías relevantes en la investigación son aquellas que se relacionan de forma armónica con la categoría central. Teniendo en cuenta lo anterior, la saturación teórica se sustenta en un muestreo teórico amplio en relación a la categoría central, e integrando la información proveniente de la literatura u otras fuentes de carácter científico y no científico, que le aporta a un mayor poder explicativo [286].

La saturación teórica es un valioso aporte de la TF a la calidad de las investigaciones cualitativas, orientadas al descubrimiento y generación de teoría.

Con la saturación teórica se evidencia excelencia en la investigación debido a que esta se da sólo si el proceso de análisis para la generación de teoría tuvo un desarrollo adecuado. Esto significa que, la saturación resulta de recolectar los datos, analizarlos e integrarlos apropiadamente; sin saturación, los datos demostrarían falta de cohesión impidiendo que las categorías y propiedades que emerjan encajen o se integren, dando lugar a una teoría superficial [286].

En la presente investigación la recolección de los datos se realizó hasta la saturación teórica de los mismos; para lo cual tuvimos en cuenta los procedimientos que validan la investigación, mencionados en los párrafos anteriores, así como, los descritos en el apartado relacionado con el análisis de los datos.

Es importante recordar que en la TFC el rigor metodológico, no se valida invitando a los participantes a escuchar los resultados, esperando que ellos encuentren su voz en la teoría generada, porque el interés con esta perspectiva metodológica no es entender el mundo de los participantes tal y como ellos lo construyen, sino que se utilizan los datos recolectados en las entrevistas para realizar una abstracción de estos generando una propuesta teórica conceptual [5]. Es así que, se presentarán los resultados a los participantes de la investigación, más como un proceso de realimentación académica-investigativa que de validación.

Es incuestionable que la participación de los seres humanos en la investigación, desata un componente ético de responsabilidad, y promueve la obligación de hacer las cosas bien y con conciencia [160]. Es básico recordar según Kant que los seres humanos se deben tomar siempre como un fin en sí mismos y no como medios. En consecuencia, la presente investigación se desarrolló teniendo en cuenta principios éticos, haciendo uso de la sensibilidad ética que tienen los investigadores. A continuación veremos las consideraciones éticas presentes en esta investigación.

6.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LA INVESTIGACIÓN

El componente ético presente en esta investigación incluyó las consideraciones éticas regidas por la Resolución 8430 de 1993 y la pautas internacionales para la investigación con seres humanos que establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia [290,291]. Según esta resolución la presente investigación tuvo un riesgo mínimo al no alterar de forma

directa el funcionamiento integral de los participantes [290].

La investigación se justifica si protege y respeta los principios éticos de los participantes. Los principios éticos básicos que se preservaron a lo largo de la investigación y que responden a los requerimientos éticos son: el respeto por los seres humanos, la beneficencia y la justicia [291]. El respeto por los seres humanos incluye el respeto por la autonomía; la beneficencia hace referencia a la “obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño” [291] y la justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada ser humano de acuerdo con lo moralmente correcto [160,291].

6.6.1. Principio de respeto a la autonomía

Se basa en la libertad y el derecho que tienen los seres humanos de participar en una investigación o retirarse de ella si lo desean. Es así como, los participantes de esta investigación podrían hacer uso de este derecho; ellos podían decidir si contestaban o no todas las preguntas planteadas en la entrevista, así mismo, podían retirarse en cualquier momento o no participar de la investigación. Lo anterior no constituía motivo para sanciones personales, laborales, legales, económicas o de ninguna clase. Los participantes fueron informados de este derecho durante la lectura y análisis del consentimiento informado [280].

Mediante el consentimiento informado se solicitó a los profesionales de enfermería la participación en la investigación de forma libre y desinteresada, sin ningún tipo de retribución económica, laboral o social que interfiera en la decisión de participar. El diligenciamiento del consentimiento informado no obligaban a los profesionales de enfermería que lo firmaban a participar de la investigación, este consentimiento informado fue un medio que permitió informar a los profesionales de enfermería sobre sus derechos al momento de participar de la investigación [280]. Por tanto, a través del uso del consentimiento informado se promovió la autonomía de los participantes [280].

6.6.2 Principio de justicia

Se refiere a la igualdad que tienen los seres humanos de participar en el proceso investigativo. En la presente investigación, este principio intenta mantenerse mediante la descripción de los criterios de inclusión presentes en el apartado

sobre recolección de los datos. Otra forma en la cual se mantuvo el principio de justicia fue durante la convocatoria inicial a participar de esta investigación, realizada a los profesionales de enfermería. Como ya se describió en la recolección de los datos, esta invitación se hizo mediante correo electrónico. Estos correos electrónicos se obtuvieron de la base de datos presentes en las áreas de comunicación de todas las universidades que forman profesionales de enfermería en Medellín y el área metropolitana, al momento de realizarse la investigación [291]. A estas instituciones se realizó una visita en la cual se explicó sobre la confidencialidad en la utilización de los datos, esta información se explicó previamente en el numeral relacionado con recolección de la información [278].

6.6.2.1 Riesgos

Pudo existir el riesgo que algunos profesionales no recibieron la invitación a participar de la investigación, pues sus datos no reposaban en las instituciones formadora de profesionales de enfermería. Este riesgo se intentó minimizar recolectando participantes a través del correo electrónico solo al inicio de la investigación. Después de iniciar la recolección, con la técnica de muestreo teórico y la comparación constante, los participantes fueron captados también por referencias de otros profesionales.

Otro riesgo es que el análisis de los datos recolectados no se realice adecuadamente y por tanto, el muestreo teórico y la comparación constante no ofrecieran información adecuada sobre las características que deben tener los participantes a lo largo de la investigación. Este riesgo nos propusimos minimizarlo manteniendo un adecuado rigor científico y metodológico.

6.6.2.2. Beneficios

Todos los participantes, podían contribuir con esta investigación hablando acerca de sus ideas y experiencias en asuntos relacionados con la sexualidad durante en el cuidado que realizan a los seres humanos. Los resultados de la investigación serán presentados en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y en otros eventos de tipo académico y científico programados para profesionales de enfermería y público de otras áreas del conocimiento, siendo estos nacionales e internacionales. De forma particular, se presentará en la Reunión Académica de Enfermería (RAE) desarrollada en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, invitando de forma personal a los profesionales de enfermería que participaron de la investigación, ampliando la invitación a otros públicos.

El informe de tesis final reposará en la biblioteca de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, y en el repositorio virtual de tesis de la mencionada institución, así mismo, se publicará en diversos sitios del Web de acceso abierto tales como: academia, eumed, opentesis, Github y mendeley, así que, la información recolectada de este proceso investigativo estará al alcance de cualquier profesional de enfermería que quiera consultarla. El proyecto investigativo aportará al desarrollo teórico relacionado con el cuidado de la sexualidad humana en enfermería.

6.6.3 Principio de beneficencia no maleficencia

La beneficencia establece un mínimo riesgo para los participantes de la investigación, comparado con el beneficio [292]. A raíz de la vinculación en la investigación o por los resultados de esta, se tuvo claro que los participantes no serían objeto de presión laboral, chantaje o intimidación por parte de las instituciones donde laboran. Esta protección se logró manteniendo la confidencialidad de la información recolectada y el anonimato de los participantes; además, los encuentros para la recolección de los datos se realizaron en un espacio libre de presiones o intimidaciones por parte de las instituciones donde los profesionales de enfermería laboraban; este lugar fue las instalaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia y otros sitios sugeridos por los participantes que ofrecieran comodidad y privacidad. Se espera que los resultados de la investigación promuevan la salud y bienestar en los participantes, al generar conocimiento aplicable a la práctica del cuidado de los seres humanos [291].

Por otra parte, se aseguró la custodia de los datos recolectados en la investigación, las grabaciones provenientes de las entrevistas fueron usadas como apoyo en el proceso de transcripción con fines investigativos y académicos. Estas grabaciones estarán a disposición de la investigadora principal y del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Los datos recolectados a través de grabaciones durante las entrevistas abiertas, serán guardados por la investigadora principal por cinco años después de finalizada la investigación, tiempo en el cual serán borrados, sin posibilidad de recuperación, de los dispositivos de sonidos, copias de seguridad y del computador personal de la investigadora principal, la que se compromete a utilizar los datos solamente para fines de investigación. Además los resultados se publicarán manteniendo la privacidad de los participantes [293].

En esta investigación se ha protegido la confiabilidad de los datos obtenidos en las entrevistas abiertas, con la asignación de un seudónimo a cada participante, escogido por el mismo. Así que, la información personal de los participantes no será usada en ningún reporte, preservando con esto, el derecho a la confidencialidad y privacidad. Las entrevistas fueron grabadas en un dispositivo de sonido, y almacenadas en el computador personal de la investigadora principal; durante el proceso de recolección y el análisis de la información se mantuvo siempre el seudónimo de los participantes, y sólo la investigadora principal y sus asesoras tuvieron acceso a los datos de identificación de los participantes.

Al iniciar la investigación no se identificó riesgo para los profesionales de enfermería que participaron de la entrevista, se había previsto suspender la entrevista si durante la misma algún participante experimentaba ansiedad, para lo cual la investigadora principal realizaría la intervención de la crisis y una vez superado el evento se continuaría con la entrevista si los entrevistados estaban de acuerdo, en caso contrario, esta entrevista sería finalizada y se programaría otro encuentro [294]. No obstante, durante las entrevistas, ningún participante presentó la situación antes mencionada y las entrevistas se desarrollaron sin ningún incidente.

6.6.3.1 Beneficios directos

Se invitará a los profesionales de enfermería, incluyendo el grupo de profesionales que participaron de la investigación, a una serie de 5 talleres educativos en los cuales se trabajarán técnicas prácticas para el abordaje del cuidado de la sexualidad a seres humanos de diferente sexo, edad, condición social y física; los temas tratados en estos talleres serán elegidos por los profesionales de enfermería que asistan a la devolución de los resultados de la investigación. Estos talleres se realizarán en las instalaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. La invitación a los profesionales de enfermería se realizará a través de la oficina de extensión de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Los talleres serán llevados a cabo por la investigadora principal y un terapeuta sexual; el valor económico de los talleres serán asumidos como costos del proyecto investigativo; esto representa una acción de reciprocidad hacia los participantes. Tanto la devolución de la información a los participantes como la realización de los talleres se harán una vez terminado el proceso de recolección y análisis de los datos, a fin de prevenir posibles conflictos de intereses [260,295,296].

6.6.3.2 Beneficios indirectos

Los resultados de la Investigación se publicarán como artículos, en revistas indexadas. De otro lado, los resultados de la investigación serán presentados en eventos nacionales e internacionales relacionados con el proceso de cuidado [295,297]. Luego de terminada la investigación a través de una conferencia en las instalaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, se presentaran los resultados a los participantes y a la comunidad académica. Posteriormente, los resultados así como, el informe escrito de la investigación serán entregada al archivo en la biblioteca de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Otra consideración ética a tener en cuenta en esta investigación es el respeto por las fuentes secundarias, producto de las revisiones bibliográficas que se realizan durante todo el proceso investigativo. Los derechos de autor están amparados por la Decisión Andina 351 de 1993 del Régimen Común Sobre Derecho de Autor y Derechos Conexos en Colombia [297,298]. También, fueron consideradas las resoluciones rectorales de la Universidad de Antioquia número 21231 de 13 de diciembre de 2004 y 21985 del 6 de Febrero de 2006, las cuales buscan proteger los derechos de autor de las producciones intelectuales producidas por estudiantes y docentes pertenecientes a esta institución [299].

El proyecto de investigación fue revisado por al Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Acta N CEI-FE 2013-08). Posteriormente será revisado por evaluadores externos e internos de la Universidad de Antioquia [290].

Los componentes éticos planteados anteriormente fueron evaluados de forma permanente por la investigadora principal y las asesoras, con la intención cumplirlos durante el proceso investigativo [300].

7. RESULTADOS DEL PROCESO INVESTIGATIVO

Este apartado consta de tres partes, en las cuales encontramos los resultados obtenidos durante el proceso de análisis.

1. Inicialmente encontramos la sección donde se trata la relevancia de los participantes que formaron parte del proceso investigativo.
2. A continuación se explica los resultados obtenidos en las fases de análisis de los datos, iniciando con los hallazgos encontrados durante la emergencia de los códigos selectivos, pasando por los resultados de la codificación abierta (códigos conceptuales abiertos y categorías), llegando hasta la categoría central potencial; finalizando con los resultados de la codificación selectiva en la cual emerge la categoría central con sus propiedades y la categoría asociadas a esta, las cuales en compañía de los códigos teóricos que integran la teoría y la recolección de información proveniente de la literatura u otras fuentes, catalogadas como de carácter científico y no científico, forman el concepto de cuidado de la sexualidad humana.
3. En el último apartado encontramos la explicación del concepto de cuidado de la sexualidad humana que emergió de los datos: *Mediación vinculante en la edificación sexual*; para lo cual se explican sus propiedades: interacción vinculante, mediación en la experiencia sexual y construcción sexual, además, se explica en qué consiste la Tensión inarmónica en el cuidado sexual, categoría asociada al concepto desarrollado.

7.1 RECONOCIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES

Los resultados obtenidos del proceso de análisis permite la consolidación del concepto. Un elemento importante que contribuyó al resultado fue el poder conceptual presente en las entrevistas de los profesionales de enfermería que

participaron en la investigación, algunos de ellos fueron reconocidos por instituciones, colegas y seres humanos a su cuidado como experto en el cuidado de la sexualidad. Esta experticia la reflejaron en algunas construcciones teórico-prácticas tales como: videos, monografías, performance e investigaciones, surgidas por las necesidades que ellos encontraron durante el proceso de cuidado, o como resultado su formación posgradual, en relación con la sexualidad.

Los participantes expresaban con profundidad y claridad sus ideas, también, aceptaban sus limitaciones durante los momentos de cuidado. El aprendizaje continuo de sus propias experiencias, la reflexión continua en la práctica y la vocación frente al cuidado del otro, son características que se apreciaron en los datos. La información derivada de las entrevistas, ofrecieron la posibilidad de identificar un concepto proveniente de la experticia frente al cuidado de la sexualidad que han tenidos los profesionales de enfermería.

Los participantes se desempeñan en diferentes áreas como profesionales de enfermería, tienen edades diversas y periodos de experiencia práctica mayor de 5 años, características que aportaron a la saturación de los datos y a una mejor generalización del concepto. Las entrevistas estuvieron cargadas de espontaneidad, profundidad teórica y experiencias en las cuales se lograron evidenciar la relación de cuidado y los elementos que en esta participan. De igual manera, se resalta la disponibilidad para ofrecer sus conocimientos como sustento para esta investigación (Figura 7.1).



Figura 7.1. Descripción de los participantes*

*Fuente: Basada en las entrevistas abiertas realizadas durante la investigación.

Sus experiencias en diversas áreas de la enfermería y el contacto que tiene con diversos grupos poblaciones ofrecen un amplio bagaje de experiencias que nutren la investigación desarrollada. La información ofrecida, demuestran una apertura mental hacia los temas relacionados con la sexualidad, del mismo modo que, conocimientos teóricos en la temática y disposición por transformar, construir y desarrollar una práctica de cuidado centrada en el ser humano y sus vivencias.

7.2 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LOS DATOS

El principal resultado en este proceso investigativo fue lograr desarrollar el concepto de cuidado de la sexualidad a partir del cuidado realizado por los profesionales a los

seres humanos. Este concepto se obtuvo por la integración de resultados escalonados presentes durante el proceso de análisis.

Cada etapa del proceso de análisis ofreció resultados parciales que sirvieron de insumo para la generación del concepto. A continuación, se indica los resultados obtenidos durante la codificación e integración teórica.

7.2.1 Resultado de los análisis en la codificación abierta

Esta codificación abierta corresponde a la parte inicial de los códigos sustantivos. La codificación abierta finalizó con 11 entrevista, las cuales dieron como resultado la identificación de 1081 incidentes y 1685 indicadores que siendo comparados continuamente, facilitaron la emergencia de 90 códigos conceptuales abiertos. Algunos de estos códigos conceptuales abiertos son: empatía y confianza, el conocimiento de sí mismo-conocimiento sexual, toma de decisiones, cuidado a la medida de las necesidades y sexualidad más allá de lo corpóreo; estos fueron ganando poder explicativo, hasta integrarse más tarde a las primeras categorías.

Otro resultado obtenido en esta etapa del análisis fueron los mapas conceptuales; con el objetivo de mantener un nivel conceptual de los datos analizados, se realizó un mapa conceptual a cada una de las 11 entrevista, un ejemplo se muestra en (Figura 7.2). En estos mapas aparecen elementos como la autonomía, la reflexión, el diálogo, el vínculo y la autorrealización, que fueron tenidos en cuenta para ser integrados en el concepto de cuidado de la sexualidad.

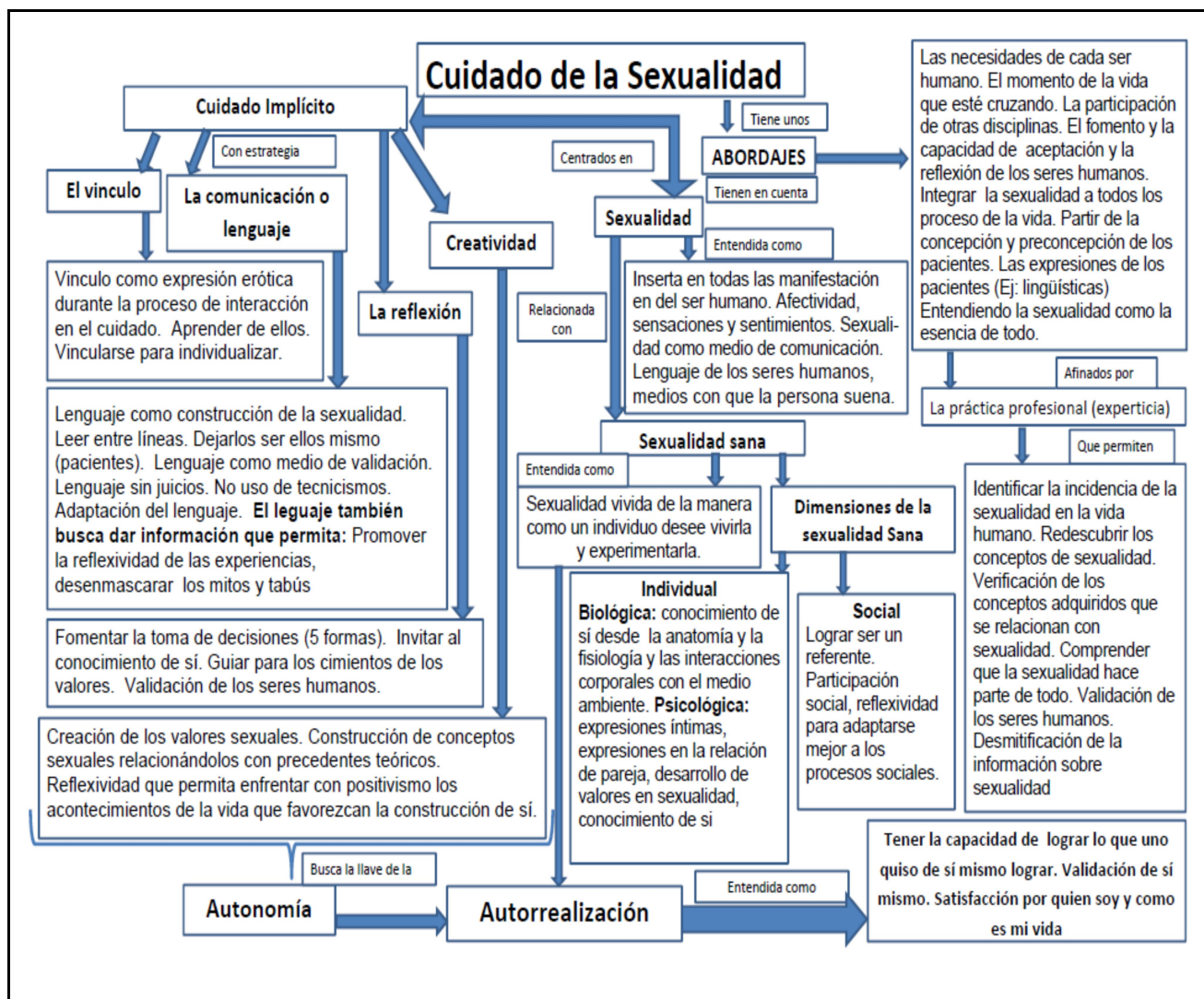


Figura 7.2. Mapa conceptual de la entrevista.*

*Fuente: Basada en la tercera entrevistas abiertas realizadas durante la investigación.

Sustentados en la comparación constante de los indicadores, el muestreo teóricos que guía la recolección de las entrevistas y los mapas conceptuales que aportan sustento teórico, se fueron identificando similitudes y diferencias entre los indicadores y códigos conceptuales abiertos, que facilitaron la emergencia de categorías conceptuales (Tabla 7.1)

Tabla 7.1 Categorías conceptuales.*

Sexualidad vivida o vivenciada	Reflexión de sí como práctica de cuidado	Enfermedad como alternativa vivencial
Autorrealización	Diálogo trascendente	Sexualidad como lenguaje
Cambiar pensamientos	Cuidado trascendente	Interacciones vinculantes
Cuidado a la medida del individuo	Aprendizajes sexuales experimentales	Confinamiento de la naturalidad sexual
Experticia (conjunción de experiencia y conocimiento)	Presión del entorno en la autonomía sexual	Toma de decisiones

*Basados en la primeras 11 entrevistas abiertas realizadas durante la investigación.

Los indicadores de estas categorías conceptuales continuaron intercambiándose hasta la aparición de una categoría central potencial (Figura 7.3)

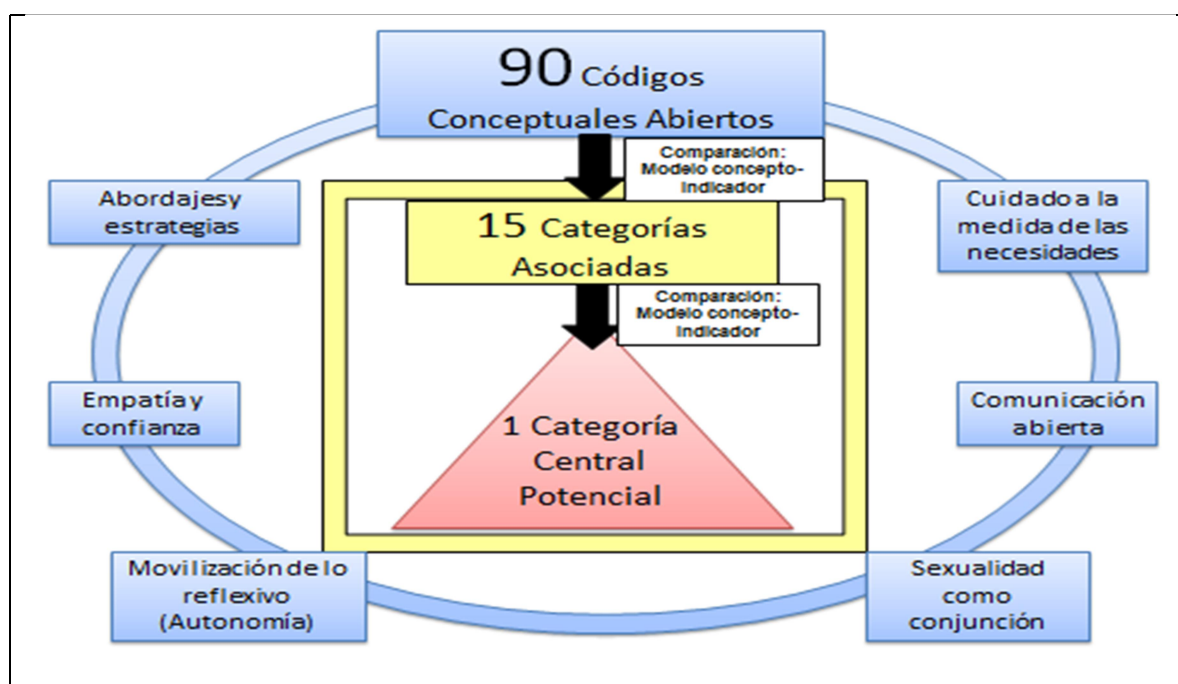


Figura 7.3. Análisis hacia una categoría central potencial.*

*Fuente: Basada en las primeras 11 entrevistas abiertas realizadas durante la investigación.

La categoría central potencial que emergió fue denominada: **Interacción en la edificación de la armonía-sexual**; algunas categorías conceptuales durante la comparación de los indicadores fueron ganando poder explicativo y se integraron a las dimensiones de esta categoría central potencial. Las propiedades que formaron la categoría central potencial fueron: Interacciones vinculantes, construcción del conocimiento sexual, Sexualidad como lenguaje, cuidado centrado en el ser humano, construcción sexual recreada, transformación de dictámenes preestablecidos

Otras categorías como: Confinamiento de la naturalidad sexual, Enfermedad como alternativa vivencial y Presión del entorno en la autonomía sexual se asociaron a la categoría central potencial.

Con la emergencia de la categoría central potencial, sus propiedades y la identificación de categorías asociadas a ella, se da por terminado los resultados de la codificación abierta, dando paso a los resultados en la codificación selectiva.

7.2.2 Resultado de los análisis en la codificación selectiva.

Esta codificación selectiva corresponde a la última parte de los códigos sustantivos. La codificación selectiva inició con la categoría central potencial, finalizando con la categoría central, sus propiedades y una categoría que se asoció a esta.

Después de emerger la categoría central potencial, se analizaron cuatro nuevas entrevista, esto con la intención de desarrollar la categoría central. Así que, la comparación entre los indicadores de las nuevas entrevistas, los provenientes de la categoría central potencial con sus propiedades y los indicadores de las categorías conceptuales que emergieron anteriormente, posibilitaron la redefinición de categorías y propiedades que fueron detalladas en una lista, permitiendo identificar las relaciones entre estas.

Tabla 7.2 Lista de Categorías conceptuales redefinidas.*

Comunicabilidad trascendente
Conectividad atrayente
Interaccionismo sexual
Edificación de lo Íntimo
Sexualidad como una cosmología
Reflexividad del influjo sexual consciente
Aprendizajes sexuales experimentales
Transformar pensamientos
Cuidado a la medida del individuo
Conjunción de la experiencia y el conocimiento
Cuidado edificante
Enfermedad como alternativa vivencial- sexual
Disonancias del cuidado sexual
Presión cultural a la naturaleza sexual

*Basados en la primeras 15 entrevistas abiertas realizadas durante la investigación.

Durante la afinación y redefinición de las categorías surgen diversos códigos teóricos (implícitos) tales como: el respeto, la prudencia, confianza, la fuerza y adaptabilidad del lenguaje, el despertar la autonomía, la proyección de sí mismo, del entorno y de lo construido, la libertad como una autonomía superior y el movimiento como una acción.

Al clasificar los memorando generados durante todo el proceso de análisis, e identificar con ayuda de los códigos teóricos implícitos las relaciones entre categorías, esta fueron agrupadas en cuatro bloques, facilitando tanto el ajuste como la redefinición de la categoría central y sus propiedades, del mismo modo, la categoría asociada a la categoría central (Anexo 13).

Tabla 7.3 Lista de Categorías conceptuales redefinidas.*

Enfermedad como alternativa vivencial-sexual	Comunicabilidad trascendente	Edificación de lo íntimo	Cuidado a la medida del individuo
Disonancias del cuidado sexual	Conectividad atrayente	Sexualidad como una cosmología.	Experticia (conjunción de la experiencia y el conocimiento)
Presión cultural a la naturaleza sexual	Interaccionismo sexual.	Reflexividad del influjo sexual consciente.	Aprendizajes sexuales experimentales
		Transformar pensamientos.	Cuidado Edificante

*Basados en la primeras 15 entrevistas abiertas realizadas durante la investigación.

Al refinar las relaciones identificadas a través de los memorandos en los grupos de categorías contenidas en la (Tabla 7.3) surge la categoría central con sus propiedades y una categoría asociada a la categoría central (Figura 7.4).

Luego de encontrada la categoría central con sus propiedades, así como la categoría asociada, dos nuevas entrevistas se integraron en los datos con las cuales se logró la saturación de sus componentes. Finalmente, emerge la categoría central llamada: Mediación vinculante en la edificación sexual con tres propiedades: interacciones vinculantes, mediación en la experiencia sexual y construcción sexual. Además se encontró una categoría asociada a ella nombrada: tensión inarmónica en el cuidado sexual, la cual presenta tres propiedades: enfermedad como alternativa vivencial, disonancia del cuidado sexual y presión cultural a la naturaleza sexual (Figura 7.4).

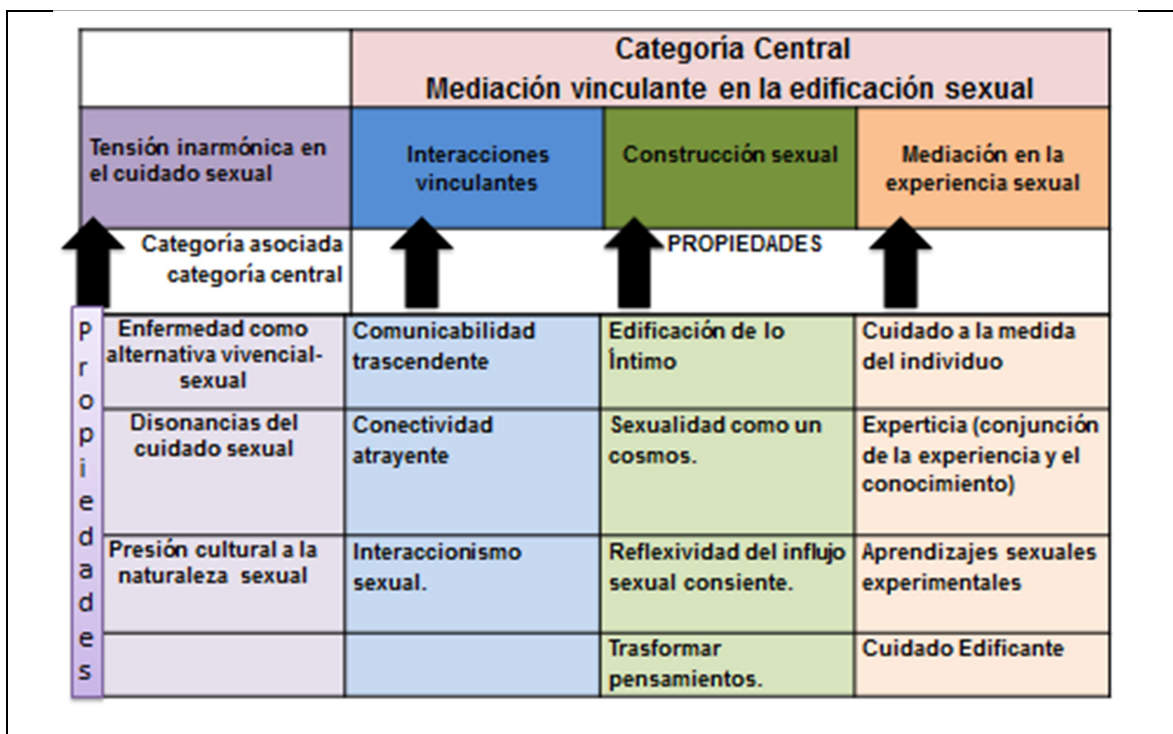


Figura 7.4. Generación de la Categoría central.*

*Fuente: Basada en 17 entrevistas abiertas realizadas durante la investigación.

Posterior a la identificación de la categoría central con sus propiedades, y la categoría asociada a esta, se realizó una revisión de información proveniente de la literatura u otras fuentes, catalogadas como de carácter científico y no científico para cada componente, con el objetivo de mejorar su nivel conceptual. Estos componentes se integraron a memorandos y posteriormente a la explicación de la categoría central (Anexo 12).

Durante la integración de la información a la explicación de la categoría aparecen códigos teóricos (explícitos), entre otros los siguientes: la afinidad, la armonía y desarmonía, la ley de opuestos o contrarios, la cosmología. Tanto los códigos que se identificaron de la información proveniente de la literatura u otras fuentes, catalogadas como de carácter científico y no científico (explícitos), como los llamados códigos implícitos que aportaron hasta ese momento a la integración de la categoría central con sus componentes, se vinculan con familias de códigos. Así, el respeto y la prudencia son enlazados a la familia de estrategias, mientras

que la temporalidad, corporalidad, la medida (a la medida) y la comunicabilidad se relacionaron con la familia de dimensiones. La relación entre las familias de código dejó ver un código que integró la categoría central con la categoría asociada a ésta, el cual fue definido como: complementariedad.

Este código integrador, propone que durante la mediación vinculante en la edificación sexual, existe una complementariedad entre el ser humano en construcción y el profesional de enfermería que le ofrece cuidado; así mismo, el ser humano interactúa con su espacio interno y externo, los cuales se complementan para contribuir a su construcción. Con respecto al profesional de enfermería, en su que-hacer, también, existe la complementariedad, este se sustenta en los conocimientos que adquieren de la experiencia y los integra con su propia voluntad, con el objetivo de adaptar estrategias que favorezcan el proceso de cuidado, así, las relaciones del profesional con la experiencia y su potencialidades internas, son igualmente complementarias.

La información proveniente de la literatura u otras fuentes, catalogadas como de carácter científico y no científico integrada a través de los memorandos a los componentes que explican la categoría central proviene de diversas áreas: la física, filosofía, ciencias sociales y humanas, enfermería, la informática y la biología.

La propiedad **interacciones vinculantes** se genera de la integraron de 186 incidentes provenientes de las 17 entrevistas, algunas de ellas enumerados en la (Tabla 7.4)

Tabla 7.4 Incidentes relacionado con la propiedad Interacciones vinculantes.*

An1 (5) - An4 (1) - An4 (5) - An4 (6) - An4 (7) - An5 (6) - An5 (10) - An5 (54) - An6 (47) - An6 (53) - An12 (61) - An1 (8) - An1 (29) - An2 (52) - An4 (89) - An5 (62) - An6 (32) - An9 (27) - An10 (85) - An12 (77) - An1 (96) - An1 (97) - An4 (90) - An12 (62) - An1 (11) - An1 (24) - An1 (31) - An2 (29) - An2 (62) - An4 (2) - An2 (64) - An4 (99) - An3 (83) - An3 (88) - An3 (91) - An3 (93) - An3 (98)- An8 (88) - An8 (102) - An12 (29) - An4 (97) - An8 (9) - An4 (93) - An3 (84) - An5 (3) - An5 (11) - An6 (37) - An6 (61) -An8 (84) - An9 (12) - An1 (114) - An4 (72) - An4 (76) - An4 (78) - An3 (78) - An3 (81) - An3 (82) -An5 (40) - An5 (70) - An6 (58) - An6 (59) - An6 (60) - An8 (89) - An11 (19) - An11 (25) - An4 (103) - An3 (85) - An3 (99) - An5 (34) - An6 (57) - An3 (55) - An6 (62) - An8 (87) - An9 (41) - An9 (42) - An11 (20) - An12 (30) - An3 (87) - An3 (97) - An6 (56) - An3 (81) - An7 (36) - An3 (78) - An3 (107) - An9 (28) - An10 (53) - An12 (27) - An12 (65) - An2 (44) - An4 (45) - An3 (92) - An5 (129) - An7 (57) - An12 (43) - An2 (78) - An4 (105) - An5 (12) - An5 (13) - An5 (14) - An5 (63)- An5 (123) - An10 (100) - An1 (99) - An3 (100) - An3 (101) - An3 (103) - An3 (80) ...

* Basado en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la información proveniente de la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

A la propiedad: **interacciones vinculantes** se integraron los memorandos con la información proveniente de la literatura u otras fuentes, catalogadas como de carácter científico y no científico; las temáticas revisadas se relacionaron con esta propiedad durante el proceso de análisis. En la (Tabla 7.5) se encuentra expuesta en el origen de la información, las áreas del conocimiento de donde provenían, los temas revisados y los autores estudiados.

Tabla 7.5 Datos integrados la propiedad Interacciones vinculantes.*

Área	Tema	Autor	Información Revisada
Enfermería	Comunicación	Bonnie W. Dultt	Teoría humanística de la comunicación de enfermería [301]
Ciencias Sociales y Humanas	Comunicación	Jürgen Habermas	Teoría de la acción comunicativa, I. Racionalidad de la acción y racionalización social [302]
Ciencias Sociales y Humanas	Comunicación	Jesús Luque Moreno	El ritmo del lenguaje: conceptos y términos [303]
Enfermería	Relaciones inter-personales	Hildegard E Peplau.	Las relaciones interpersonales [165].
Ciencias Sociales y Humanas	Relaciones inter-personales	Fadiman y Frager	La perspectiva centrada en la persona de Carl Roger [304]
Física	Armonía-Desarmonía	Brian Greene	El universo elegante: Supercuerdas, dimensiones ocultas y la búsqueda de una teoría final [305]
Física	Afinidad Magnética	David Suzuki & Greta Science	Video: Magnetic Chaos [306] y The reversing magnetic poles [307]
Física	Interacciones fundamentales	José Ignacio Illana	Teoría Cuántica de Campos [308]
Filosofía	Armonía-Desarmonía	Aristóteles Platón	La república [251] Metafísica [110]
Filosofía	Ser humano	Aristóteles Platón	Metafísica [110] Protágoras- Diálogos de Platón [159,309], El banquete [310]
Informática	Conectividad	Watts	Video “ Teoría de los seis grados de separación”[311]

* Basada en los textos y videos que fueron enunciados en la tabla.

La propiedad **mediación en la experiencia sexual** surge de la integraron de 258 incidentes provenientes de las 17 entrevistas, algunos de ellos enumerados en la (Tabla 7.6).

Tabla 7.6 Incidentes relacionado con la propiedad mediación en la experiencia sexual.*

An1 (2) -An1 (12) - An1 (49) -An3 (135) - An4 (65)- An5 (1) - An5 (60) - An6 (27)- An6 (28)- An10 (54)- An10 (3)-An12 (21) - An10 (18) -An10 (73)- An7 (30) -An7 (28) - An5 (1)- An6 (38) - An6 (40) - An11 (39)- An1 (20)- An1 (98)- An1 (111) - An4 (66) -An3 (135)- An5 (12) - An6 (19) - An6 (27) - An10 (2) -An1 (40) - An2 (63) - An4 (67)- An3 (139) - An3 (135) -An6 (33) - An2 (13) - An2 (81) - An2 (65) - An2 (81) -An2 (88) - An11 (29) - An11 (37) - An1 (39) - An1 (40)- An1(103)- An2 (82)- An4 (28) - An4 (87) - An10 (19) - An10 (39)- An11 (47) - An3 (51) - An3 (54) - An3 (70) - An5 (36)- An5 (52)- An5 (108) - An5 (114) - An7 (1) - An10 (46) An4 (33) -An3 (26) -An5 (66) -An5 (65)- An5 (69) - An5 (94) An5 (96) - An6 (2) -An7 (12) - An8 (47)- An8 (90) - An11 (12)- An11 (An1 (10) - An7 (34) - An12 (1) -An12 (28) An3 (126) - An5 (20) - An5 (42) - An7 (64) - An7 (65) - An10 (101) -An11 (36)- An4 (97) - An4 (87) - An4 (88)- An5 (14)- An8 (79) - An3 (126) - An5 (20) - An5 (42) - An7 (64) - An7 (65) - An10 (101) -An11 (36) - An13 (107)- An13 (78)- An14 (82-83)...

* Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y la información proveniente de la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

Los datos provenientes de la literatura u otras fuentes, catalogadas como de carácter científico y no científico, se integraron a esta propiedad a través de los memorandos, y se formulan en la (Tabla 7.7)

Tabla 7.7 Datos integrados la propiedad Mediación en las expresiones sexuales.*

Área	Tema	Autor	Información Revisada
Ciencias Sociales y Humanas	Temporalidad	Martín Heidegger	Ser y tiempo[157]
Ciencias Sociales y Humanas	Corporalidad	Michel Onfray:	Teoría del cuerpo enamorado [1]
Ciencias Sociales y Humanas	Experticia	Bent Flyvbjerg	Making social science Matter[312]
Ciencias Sociales y Humanas	Reflexividad	Kim Etherington	Becoming a Reflexive Researcher Using Our Selves in Research [287]
Ciencias Sociales y Humanas	Relaciones inter-personales	Fadiman & Frager	La perspectiva centrada en la persona, Carl Roger [304]
Enfermería	Relaciones inter-personales	Hildegard E Peplau.	Las relaciones interpersonales [165]
Enfermería	Autocuidado	Dorothea Orem	Teoría déficit de autocuidado [313]
Enfermería	Experticia	Patricia Benner	From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice [276]
Física	Armonía-Desarmonía	Brian Greene	El universo elegante: Supercuerdas, dimensiones ocultas y la búsqueda de una teoría final [305]
Física	Afinidad Magnética	David Suzuki & Greta Science	Video: Magnetic Chaos [306] y The reversing magnetic poles [307]
Filosofía	Ley de opuestos o contrarios	Aristóteles	Metafísica [110]
Filosofía	Armonía-Desarmonía	Aristóteles Platón	La república [251] Metafísica [16]
Filosofía	Ser humano	Aristóteles Platón	Metafísica [110] Protágoras- Diálogos de Platón [159]
Biología	Sistema endocrino y sexualidad	Helen Fisher	¿Por qué nos enamoramos? [314]
Biología	Desarrollo natural	BBC, David Attenborough Peter Tompkins y Christopher Bird	La vida secreta de las plantas [315,316]

* Basada en los textos y videos que fueron enunciados en la tabla.

En el desarrollo de la **propiedad: construcción sexual** se tuvieron en cuenta 206 incidentes provenientes de las 17 entrevistas, algunos de los cuales están representados con la numeración que tuvo durante el análisis en la (Tabla 7.8).

Tabla 7.8 Incidentes relacionado con la propiedad construcción sexual.*

An4 (35) - An4 (37) - An4 (39) -An4 (47) -An4 (48) - An3 (34) - An5 (29) -An9 (20) -An9 (34)- An1 (95)- An5 (83)- An8 (74)- An10 (17)- An10 (48)- An12 (57)- An1 (35)- An3(11) - An3 (131)- An5 (76)- An12 (11) - An5 (82)- An12 (59)- An12 (100) - An4 (40) -An4 (41) - An4 (42) - An4 (46) -An4 (52) - An7 (8) - An7 (56)- An9 (36) - An4 (41) - An4 (44) - An7 (71) - An7 (67) - An9 (37) - An10 (60) -An12 (101)- An12 (102) - An6 (42)- An7 (53)- An7 (55)- An9 (33)- An10 (62)- An11 (52)- An12 (89)- An12 (102)- An12 (111) - An5 (75)- An5 (91)- An6 (42)- An10 (63)- An11 (55)- An12 (88)- An12 - An1 (79)- An1 (94)- An6 (5)- An6 (12)- An10 (17)- An12 (45)- An12 (119)- An1 (80)- An2 (25)- An1 (82)- An4 (70)- An6 (15)- An12 (18) - An1 (93)- An8 (71) - An12 (45)- An12 (68)- An12 (119)- An8 (72) - An7 (35) -An7 (42) - An7 (45) - An7 (46) -An11 (43) -An11 (48) -An1 (76) - An3 (59) - An5 (18) - An5 (19) - An5 (115) - An5 (127) -An11 (36) -An8 (77) - An3 (7) -An3 (8) -An3 (27)- An7 (53) -An12 (109) -An12 (110) - An3 (8)- An7 (53) -An7 (56) -An10 (13) -An10 (45)- An11 (50) -An3 (122) - An4 (39) -An5 (78) -An7 (33)- An7 (53) -An12 (109)...

* Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

La literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico, se integró a la propiedad **construcción sexual** por medio de los memorandos, incluyó temáticas relacionadas con la sexualidad, en la (Tabla 7.9) se mencionan, las áreas, temáticas, autores e información revisada.

Tabla 7.9 Datos integrados la propiedad construcción sexual.*

Área	Tema	Autor	Información Revisada
Enfermería	Cuidado de enfermería	Jean Watson	teoría de cuidados transpersonales [96]
Ciencias Sociales y Humanas	Sexualidad	Sigmund Freud	Colección completa[35]
Ciencias Sociales y Humanas	Sexualidad	Charles Waldemar	La magia del sexo [317]
Enfermería	Relaciones inter-personales	Hildegard E Peplau.	Las relaciones interpersonales [165]
Ciencias Sociales y Humanas	Relaciones inter-personales	Carl Roger	La perspectiva centrada en la persona
Ciencias Sociales y Humanas	Sexualidad	Anthony Giddens	-La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas[87]
Ciencias Sociales y Humanas	Afinidad y caos	Edgar Morin	Introducción al pensamiento complejo [207]
Filosofía	Amor y erotismo	Platón	El banquete[310]
Filosofía	La felicidad, la satisfacción y las virtudes	Aristóteles Platón	Ética a Nicómaco[318] Protágoras [159]- Diálogos de Platón[309]
Filosofía	Potencia y cosmos	Aristóteles	Metafísica[110]

* Basada en los textos que fueron enunciados en la tabla.

Otro resultado obtenido durante el proceso de análisis fue la categoría tensión inarmónica en el cuidado sexual, la cual está asociada a la categoría central. Del mismo modo que en la propiedades vinculadas a la categoría central; para la creación de esta categoría se realizó una integración tanto de incidentes como de literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico.

Se encontraron 195 incidentes provenientes de las 17 entrevistas, los cuales integraron la categoría con sus tres propiedades; en la (Tabla 7.10) aparecen algunos incidentes demarcado con la enumeración que presentaron durante el

análisis.

Tabla 7.10 Incidentes relacionado con la con la categoría asociada a la categoría central: tensión inarmónica en el cuidado sexual.*

An6 (13)- An9 (10)- An12 (34)- An12 (35)- An12 (96) - An6 (17)- An6 (39)- An6 (62)- An12 (75)- An12 (76)- An12 (78)- An12 (79)- An12 (80)- An1 (61)- An1 (65) - An4 (64)- An5 (21) -An5 (88) -An7 (64) - An12 (37)- An12 (40) - An1 (26) -An1 (63) -An4 (95) -An10 (33) - An1 (19) - An3 (126) -An5 (77) -An6 (45) - An10 (24) -An10 (25) -An10 (31)- An10 (98) -An10 (99) - An3 (108)- An5 (64) -An5 (82) - An6 (4)- An8 (20)- An10 (66) - An3 (109) - An3 (110)- An3 (111) -An5 (98) - An3 (An10 (36) - An11 (4) - An11 (7) - An2 (28)- An2 (37)- An2 (38) - An2 (20)- An7 (69)- An8 (76)- An8 (107) - An2 (26)- An8 (92) - An2 (68)- An2 (72)- An4 (24)- An11 (23) - An2 (33)- An2 (10)- An8 (22)- An8 (104)- An8 (106)- An9 (1) - An2 (5)- An2 (6)- An2 (76)- An2 (7)- An2 (75)- An6 (26)- An2 (69) - An10 (26)- An10a (29) (30)-An10b (29)(30)- An10 (73)- An10 (75) - An8 (50)- An10 (21)- An10 (23)- An10 (26) - An8 (49)- An8 (50)- An8 (51)- An8 (52)- An8 (53)- An10 (74)- An10 (76)...

* Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la información proveniente de la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

Los datos provenientes de la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico, incluidos en la explicación de esta categoría se presentan en la (Tabla 7.11), estos también fueron integrados a la categoría y sus respectivas propiedades a través de los memorandos.

Tabla 7.11 Datos integrados en la categorías tensión inarmónica en el cuidado sexual.*

Área VINCILANT	INT	Tema	Autor	Información
Ciencias Sociales Humanas	y	Temporalidad	Martín Heidegger	Ser y tiempo[157]
Ciencias Sociales Humanas	y	Corporalidad	Michel Onfray:	Teoría del cuerpo enamorado [1]
Ciencias Sociales Humanas	y	Modernidad y cultura	Charles Taylor	Fuentes del Yo: La Construcción de la Identidad Moderna [319]
Ciencias Sociales Humanas	y	Teoría de reconocimiento	Axel Honneth	La lucha por el reconocimiento [320]
Ciencias Sociales Humanas	y	Relaciones inter-personales	Fadiman & Frager	La perspectiva centrada en la persona. Carl Roger [304]
Enfermería		Relaciones inter-personales	Hildegard E Peplau.	Las relaciones interpersonales [165]
Enfermería		Autocuidado	Dorothea Orem	Teoría déficit de autocuidado[313]
Enfermería		Experticia	Patricia Benner	From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice [276]

* Basada en los textos que fueron enunciados en la tabla.

Con la inclusión de la información proveniente de la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico, la identificación de los códigos teóricos con las familias a las cuales estos pertenecen y aprovechando los memorandos realizados, se integraron las diferentes proposiciones teóricas que conforman el concepto de cuidado de la sexualidad. La categoría central: Mediación vinculante en la edificación sexual, sus tres propiedades: interacción vinculante, mediación en la experiencia sexual y construcción sexual; al igual que la categoría asociada a la categoría central: tensión inarmónica en el cuidado sexual y las propiedades con las cuales esta se enlaza, se relacionaron y se ajustaron para la creación del concepto.

Todos los elementos que se relacionan e integran en la explicación de la categoría central (concepto), sus propiedades, la categoría asociada a esta y las propiedades que la constituye, se muestran en la (Figura 7.5.)

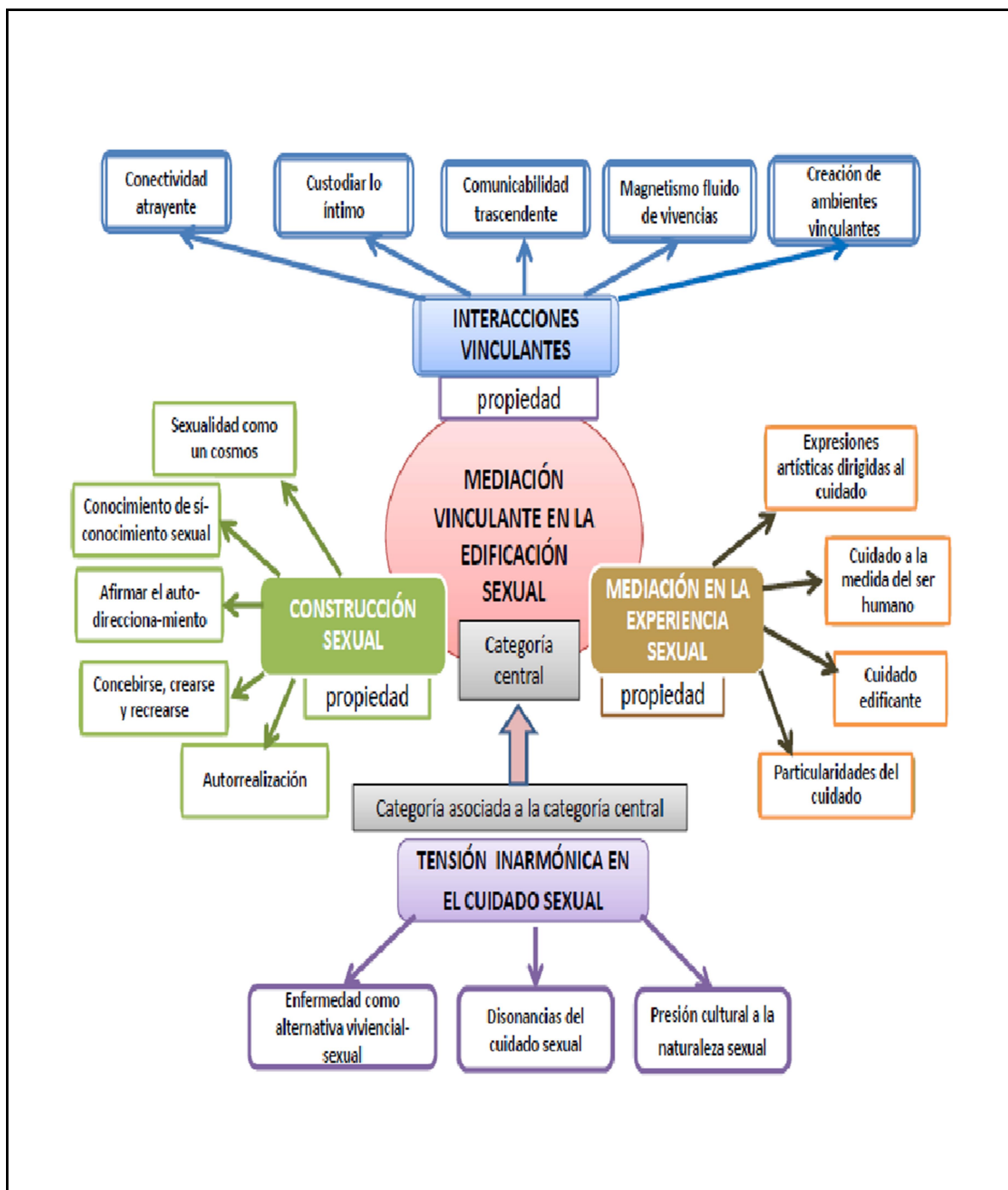


Figura 7.5. Síntesis del concepto Mediación vinculante en la edificación sexual.

Fuente: Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la información proveniente de la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

7.3 MEDIACIÓN VINCULANTE EN LA EDIFICACIÓN SEXUAL: UN CONCEPTO DE CUIDADO DE LA SEXUALIDAD HUMANA

El concepto mediación vinculante en la edificación sexual está integrado por tres prioridades: interacción vinculante, mediación en la experiencia sexual y construcción sexual; cada una ofrece diferentes elementos que explican y ayudan a comprender el cuidado de la sexualidad, así mismo, el concepto está relacionado con la categoría Tensión inarmónica en el cuidado sexual. A continuación veremos cada uno de los aspectos presentes en las propiedades del concepto que aportan a su explicación y desarrollo.

7.3.1 PROPIEDAD: INTERACCIONES VINCULANTES

Las interacciones vinculantes están integradas por una serie de elementos encontrados durante el análisis de los datos. En el desarrollo de esta propiedad se integraron 186 incidentes provenientes de las 17 entrevistas, enumerados en la (Tabla 7.4). Además, se integraron a la propiedad información proveniente de diversas áreas del conocimiento, a través de los memorandos (Tabla 7.5).

Las interacciones vinculantes son conexiones fluidas y armónicas entre los profesionales de enfermería y los seres humanos a su cuidado, surge de una empatía individualizadora y se sustancializan a través de la generación de confianza y credibilidad; se forjan en ambientes físicos o etéricos que favorecen la proximidad en la cual se integran las afinidades con la comunicación abierta y sincera, permitiendo un encuentro con lo íntimo del ser humano. Este tipo de interacciones promueve el aprendizaje recíproco, que contribuye al empoderamiento del ser humano en el cuidado de su sexualidad.

Como parte de los elementos que integran y definen las interacciones vinculantes encontramos la presencia de una conectividad atrayente, la custodia de lo íntimo, la comunicabilidad trascendente, creación de ambientes vinculantes, la interacción magnética de vivencias y erotismo: placer de vincularse. Estos elementos se entrelazan y se desplazan complementándose para generar este tipo de interacciones.

Estos elementos presentes entre los profesionales de enfermería y los seres

humanos, circulan durante los momentos de cuidado, integrando las interacciones vinculantes, las cuales son una guía para el cuidado de la sexualidad Figura 7.6

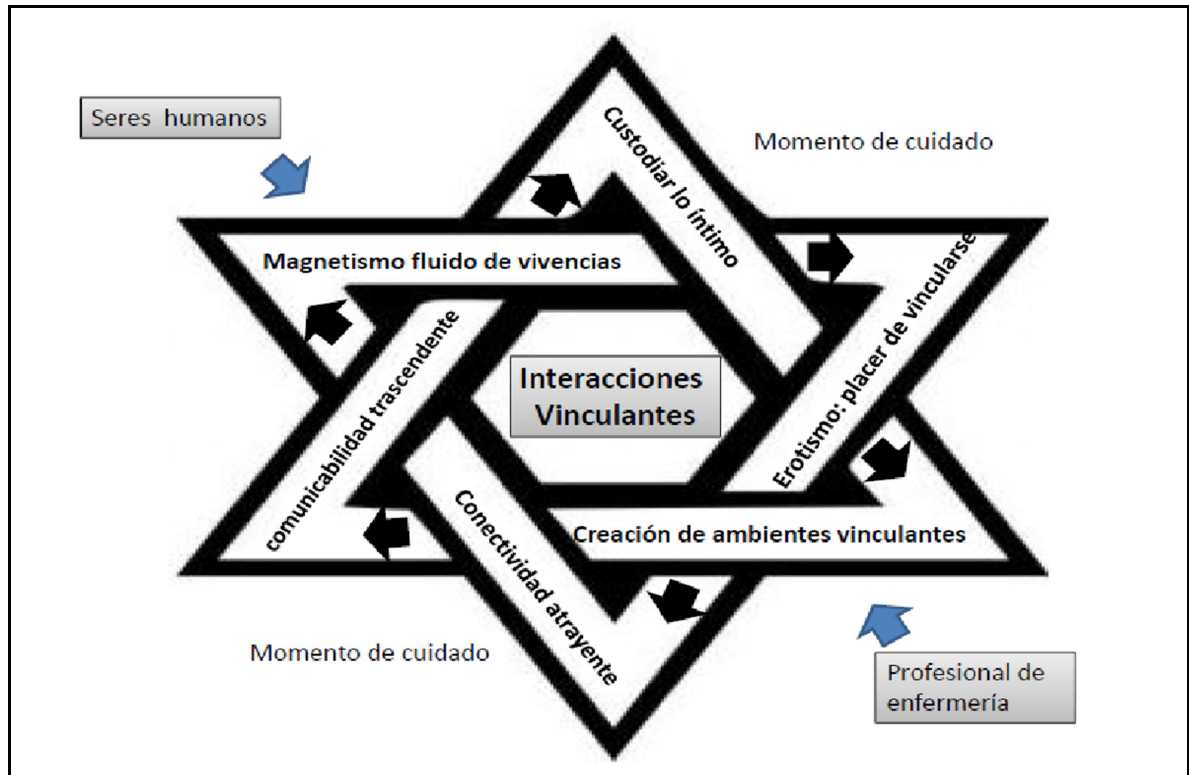


Figura 7.6. Elementos que integran las interacciones vinculantes

Fuente: Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

7.3.1.1 Conectividad atrayente

La conectividad atrayente resulta ser una condición para que se den las interacciones vinculantes durante el cuidado de la sexualidad. En este tipo de conectividad **la empatía** resulta ser el elemento fundamental. La empatía como elemento primario para cuidar la sexualidad de los seres humanos, permite la integración de sentimientos durante el proceso de cuidado, que promueve el desarrollo de un vínculo.

Las interacciones se tornan vinculantes cuando por medio de un elemento magnetizador llamado empatía, los seres humanos crean una conectividad que

permite la atracción entre las partes (profesional y ser humano cuidado), logrando así afianzar un vínculo. La creación de un vínculo propicia una conexión a través del cual los seres humanos se integran e interactúan.

La Conectividad atrayente permite vincularse con lo íntimo, por medio de una serie de elementos; inicia con un encuentro donde prima la cordialidad, pero ¿cómo es ésta cordialidad?, bueno, podríamos decir que es una cordialidad fundamentada en la raíz Kardis (corazón), o sea que, nace del corazón, o más bien de un deseo por establecer un vínculo desde el encuentro inicial.

Este trato cordial tiene una relación estrecha con la conectividad que los cuerpos expresan durante el acto de cuidar, un ejemplo es, mirar a los ojos. Este tipo de expresiones permiten el florecimiento de la empatía. Esta empatía es un asunto que se expresa de diferentes formas, para el caso de la conectividad atrayente durante el cuidado de la sexualidad en los seres humanos, es un asunto que se da de un ser humano a otro, por tanto, esta empatía es individualizadora.

El trato cordial permite que se desarrolle una disposición para el cuidado de los seres humanos centrado en la empatía. Esto propicia una construcción por ambas partes (profesional de enfermería-ser humano cuidado) de una afinidad que a la vez se realimenta de empatía. La disposición sobreviene con la actitud del profesional de enfermería, por tanto, una actitud frente al cuidado envuelta de un buen trato, un trato cordial, o sea, con el corazón, confluye en una relación empática.

La empatía individualizadora está relacionada con un vínculo, en el cual el profesional de enfermería se centra en el ser humano que cuida como un ser único, esto lo hace utilizando técnicas que demuestren cordialidad y propicien la inclusión y la individuación de los seres humanos al momento de ser cuidados, un ejemplo: es llamar a los seres humanos por su nombre, y que reciban la explicación de cómo será su proceso de atención, de manera que puedan participar y decidir sobre el tipo de cuidado que desean recibir.

Esta empatía individualizadora se fundamenta en agradar, o sea, en el despliegue de gracia, alegría y encanto que los profesionales de enfermería realizan durante el momento de cuidado para desarrollar afinidad, así como, demostrar el interés y gusto que sienten por cuidar. Este asunto de agradar está no solo relacionado con informar e invitar a la participación de su propio proceso de cuidado, sino también a la generación de una empatía que propicie los cimientos en la construcción de la confianza.

Encontramos en esta propiedad como la empatía se torna en una condición filial (philos = amor) del cuidado. La conectividad atrayente se proyecta mediante un vínculo en el cual la empatía fundamentada en la afectividad y lo amoroso es un elemento que integra las interacciones durante el cuidado de la sexualidad en los seres humanos.

El sentimiento de empatía que se integra durante el cuidado de la sexualidad en los seres humanos, dilucida a este como **el génesis de un vínculo**, permitiendo la entrada a la intimidad del ser humano cuidado. Si bien, la empatía como elemento fundamental de la conectividad se nos plantea con un asunto invisible de intercambio magnético relacionado con la afinidad y la afectividad amorosa que circula durante la interacción, también, la conectividad atrayente se vale de elementos más tangibles que promueven la interacción. Acá es interesante reflexionar en la relevancia de la comunicación en las interacciones vinculante.

En este punto, la empatía se convierte en un atributo que acompaña la comunicación, y aporta a la posibilidad de construir la confianza por medio de las palabras, en el momento de la interacción. La empatía es vista acá como la red que cubre la comunicación permitiendo desarrollar vínculos. Frente a la presencia de la empatía, los seres humanos cuidados, hablan de forma tranquila y fluida respecto de sus vivencias sexuales.

La empatía como génesis del vínculo y la confianza como la consolidación de éste, son atributos que promueven la compenetración entre el cuidador y el ser humano cuidado, permitiendo que éste último abra su intimidad. Cuando el profesional de enfermería accede a esta intimidad, se hace posible cuidar asuntos percibidos sólo con el establecimiento de un vínculo; lo cual permite la conectividad entre los seres humanos que interactúan, conectividad que nace de las relaciones empáticas.

La empatía que se torna en un elemento clave para el cuidado de la sexualidad en los seres humanos, requiere de un espacio o ambiente en el cual se pueda dar. Crear un ambiente de empatía, es generar un microclima en el cual los seres humanos que interactúan tienen las condiciones necesarias para desarrollar sus capacidades de vinculación. Por tanto, otro elemento importante en las interacciones vinculantes es el desarrollo de ambientes vinculantes.

7.3.1.2 Creación de ambientes vinculantes

La creación de ambientes vinculantes se inicia también con la presencia de la empatía. En la creación de un ambiente vinculante existen elementos a tener en cuenta, tal como, el dialógico que se presenta entre el profesional de enfermería y el ser humano al cual se le brinda cuidado.

Este dialógico proveniente de una comunicación con lo íntimo del ser humano, tiene distintos elementos que promueven la creación de un ambiente que vincula, por ejemplo, la escucha, resulta ser en el cuidado de la sexualidad un asunto esencial; escuchar a los seres humanos y que estos puedan ser escuchados y en especial se sientan escuchados, teje una red que integra y crea un microclima con las condiciones necesarias para que se sientan con la libertad de vincularse.

Los ambientes que vinculan carecen de una estructura física determinada, incluso un espacio abierto o uno totalmente cerrado pueden ser espacios de vínculo (un consultorio o un parque). Por tanto, la vinculación no es exclusivamente atribuida a un espacio físico, es más bien, un proceso donde las afinidades se representan, fluyen y se entrelazan logrando crear unos lazos tan fuertes que sustentan las interacciones.

Los espacios vinculantes requieren de un lenguaje que permita el flujo natural de las animaciones y vivencias humanas, este lenguaje se expresa de varias formas: con el silencio a manera de escucha, con los gestos a manera de palabras, con una disposición magnética frente a lo que se dice y se escucha como un intercambio durante la interacción.

Podemos realizar un paralelo en el cual los ambientes vinculantes se relacionen con los cuatro elementos presentes en la naturaleza, creando un microclima donde el ser se expresa desde lo íntimo. La escucha, el habla y por ende la comunicación resultan ser elementos necesariamente fluidos “como el agua”, los cuales permean todo el espacio en el cual se está realizando un vínculo.

La actitud refrescante de los profesionales, “el aire”, que oxigena este espacio propiciando una relación de tranquilidad y libertad, necesarios para que fluyan a través de los aires las afinidades transformándose en vínculos.

Un ambiente con calidez durante la interacción hace referencia al trato con

cordialidad y a la seguridad, que lo íntimo, lo privado, lo confidencial y lo propio será respetado; esta calidez se torna en un elemento atrayente y necesario por el cual los seres humanos cuidados permanecen y comparten gratamente un cuidado.

El piso fundamental de un ambiente que vincule “la tierra” es el ser humano cuidado, acá el ser humano se le da reconocimiento, es tomado en serio, o sea su voz, su presencia, su corporalidad y por tanto su sexualidad son valiosas y válidas; así que, un ambiente vinculante sustentado en el ser humano propicia la generación de un vínculo.

Crear un ambiente vinculante, hace referencia a propiciar un espacio o morada física y etérea en la cual los seres humanos habitan. Estos espacios físicos y etéreos ofrecen las condiciones necesarias para que los profesionales de enfermería y los seres humanos que están siendo cuidados, se integren y logren trascender por medio de la interacción y la comunicación, a espacios altamente significativos y especialmente renovadores.

Los ambientes vinculantes tienen la potestad de ser espacios libre de juicios y recriminación, así mismo, pueden propiciar la confluencia de perspectiva distante (padres e hijos o parejas en conflicto) y con la utilización de la educación y la comunicación, abonar a los primeros brotes de transformación.

Un ambiente que vincula, contiene de forma implícita una armonía que sobreviene en la satisfacción de las partes que interactúan en este espacio. Esta satisfacción se expresa por el deseo de continuar vinculado y la certeza de vivenciar cómo la interacción en el este espacio vinculante promueve el desarrollo de las capacidades en los seres humanos.

El ambiente vinculante provee un espacio físico o etérico en el cual es posible adentrarse en lo íntimo del ser humano; una condición para que se dé una interacción vinculante es el compromiso del profesional de enfermería a custodiar lo íntimo a lo cual tiene acceso en estos espacios de vínculo.

7.3.1.3 Custodiar lo íntimo

En las interacciones vinculantes un asunto importante es custodiar lo íntimo. Para

custodiar lo íntimo, primero se debe acceder a eso que es íntimo, lo que se hace en un ambiente vinculante y como se indica en la de conectividad atrayente la empatía es la clave.

La empatía es la antesala de la confianza, la empatía como dijimos anteriormente permite la generación de un vínculo, este permite que los profesionales al cuidado de la sexualidad de los seres humanos, puedan indagar asuntos íntimos y relacionados con la sexualidad, pero ¿cómo logran los profesionales de enfermería que los seres humanos hablen y confíen a ellos su intimidad?; al contestar a esta pregunta debemos reflexionar en la importancia de la empatía, pero, por si sola no desarrolla un sentimiento de confiabilidad, así que, para lograr la confidencialidad se requiere de otros elementos que la acompañen.

Un elemento vital para lograr adentrarse en lo íntimo de los seres humanos es la oportunidad que tienen los profesionales de enfermería de acompañar, de estar ahí. Las enfermeras y enfermeros son profesionales que acompañan y en ese acompañamiento procuran un cuidado que se cimienta en la confiabilidad y en la empatía. En el acompañamiento, la generación de confianza y la presencia de la empatía, favorece a los profesionales de enfermería relacionarse con la intimidad de los seres humanos que cuidan, y puedan abordar asuntos relacionados con la sexualidad más fácilmente que otros profesionales.

El estar ahí, se entrelaza con otro asunto importante que es la credibilidad que transmiten los profesionales de enfermería durante el proceso de atención; esta credibilidad se encuentra relacionada al conocimiento que se tenga del tema, la misma empatía, algunas facultades para la comunicación y un asunto que podríamos llamar: un pacto.

Este pacto es una promesa implícita en el momento en el cual se da la interacción, en el cual el profesional se compromete de forma implícita o explícita a custodiar las intimidades que sean reveladas durante la atención. Otro asunto que vemos en este pacto es que la información será usada sólo en beneficio del ser humano cuidado y especialmente no será sinónimos de burla, recriminación, críticas o censura.

Lo interesante del pacto que se realiza es que este se construye durante el proceso de atención, bien por las palabras de compromiso del profesional de enfermería o bien, por la disposición de los seres humanos a confiar su intimidad a este profesional. Lo que tenemos es una interacción bidireccional, en la cual hay una promesa de custodiar lo íntimo y un pacto de que se hará.

En respuesta los seres humanos que son cuidados, ofrecen su intimidad y la seguridad de que lo expresado acerca de su intimidad, viene de su sentir; el pacto se traduce en: el profesional custodia la intimidad y el ser humano habla desde su sentir. Este sentir relaciona la conexión de lo profundo de su ser y las vivencias sexuales que experimentan.

El estar ahí, la construcción de la confianza y la confidencialidad, trae consigo un acrecentamiento de la empatía; la promesa de la confidencialidad, promueve la credibilidad, permitiendo al profesional de enfermería convertirse en un referente digno de ser depositario de lo íntimo. Lograr ser depositario de lo íntimo trae implícito la importancia de custodiarlo. En el acercamiento a lo íntimo los profesionales de enfermería usan la empatía como antesala de la confianza.

La confianza se va construyendo de diferentes formas, una es que los profesionales de enfermería se centran en el ser humano que cuidan, lo priorizan, lo cuidan a él o ella de forma particular; esta particularización propone una compenetración con el otro, un estar ahí con y para el otro y en especial brindar cuidado desde las vivencias del otro; para particularizar el cuidado utiliza algunas estrategias, tal como la indagación de las necesidades, valiéndose de un trato cordial y de la empatía. Durante la atención particularizada, se resalta la privacidad durante el cuidado, el pacto de ser confidente, este asunto de “entender que lo que está haciendo allí es para ti misma...y que se va a quedar ahí”. An3 (80)

Los profesionales de enfermería construyen confianza cuando a través de la capacidad de vinculación pone en práctica atributos como el respeto y la prudencia. El respeto se puede ver en dos sentidos, uno, es el respeto que los profesionales de enfermería profesa al ser humano que cuida por su condición de humano, o sea, reconocen el valor, capacidad y validez en su existencia; y el otro, es el que se desarrollan como parte del proceso de interacción, donde el profesional de enfermería procura salvaguardar la libertad que tienen los seres humanos de acceder o no a las influencias o condicionamientos impuestos por lo social, acá se resalta la posibilidad y capacidad de decidir que tiene el ser humano.

La prudencia implica la sutileza, delicadeza y cautela al momento de interactuar con el otro, resaltando aquellos aspectos que el ser humano considera importante y ofreciendo de forma respetuosa y libre (dejando de lado juicios y preconcepciones), alternativas que permitan consolidar las diferentes vivencias sexuales. Por tanto,

respetar y ser prudente con lo íntimo se convierte en una condición que armoniza el proceso de interacción y que se sustenta en un estar ahí para el otro sin juicios o recriminación.

La interacción del profesional de enfermería y el ser humano que cuida sustentada en el respeto y la prudencia, se convierte en un flujo atrayente que desemboca en la posibilidad de que los profesionales de enfermería sean depositarios de confianza y puedan adentrarse en lo íntimo de los seres humanos.

La empatía con un enfoque individualizado o particular, acompañada por la promesa de mantener la privacidad, promueven la generación de confiabilidad que permite una compenetración que alimenta la confidencialidad y la confianza, acrecentando la credibilidad y permitiendo una afinidad vinculante que da al profesional de enfermería la posibilidad de ser referente y hacerse digno de ser depositario de la intimidad de los seres humanos.

Custodiar lo íntimo es un asunto mediado por un vínculo ya no exclusivamente desde la empatía, sino en compañía de la confidencialidad y la confianza; ser confidente de lo íntimo y custodiar lo íntimo, permite que las interacciones durante el cuidado de la sexualidad de los seres humanos sean vinculantes. En la Figura 7.7 se pueden observar los elementos centrales en la construcción de confianza y la custodia de lo íntimo.

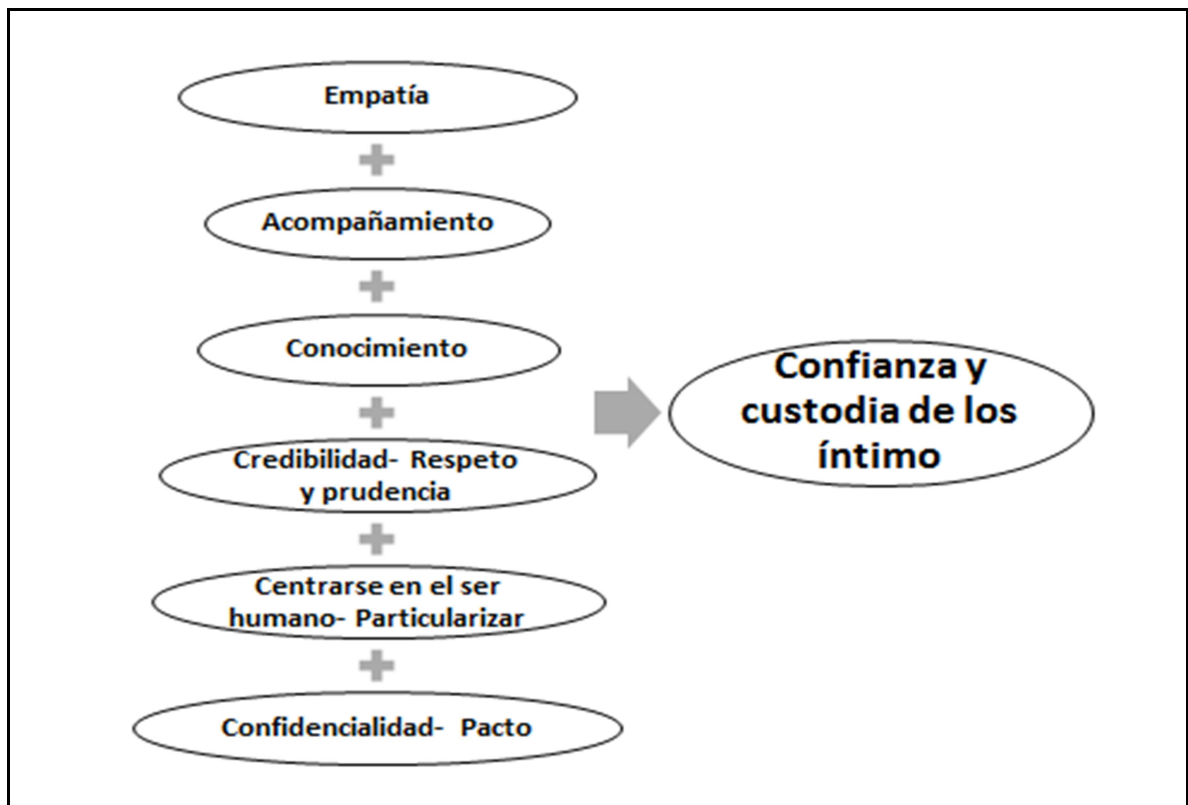


Figura 7.7. Elementos centrales en la construcción de confianza

Fuente: Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

En la construcción de la confianza con el fin de conocer lo íntimo del ser humano y el compromiso de custodiarlo, se nutre y sustenta por un magnetismo fluido de las vivencias; el cual es una fuerza intangible que mantiene y hace posibles la existencia y permanencia de los vínculos, así mismo, se apoya en la comunicación abriendo la puerta hacia un diálogo abierto, sincero y no restrictivo, en el cual el ser humano se siente en libertad de expresar sus realidad, histórica e intimidad. El profesional de enfermería se favorece en su capacidad de vinculación (magnetismo fluido) y responde a las expresiones sinceras por parte del ser humanos que cuida con un actuar sustentado en la confianza, la confidencialidad, el respeto y la prudencia.

7.3.1.4 Magnetismo fluido de vivencias

El magnetismo como una fuerza atrayente entre los seres humanos que interactúan, está mediado por una fuerza intangible de atracción que promueve la afinidad entre las partes, y que generan un intercambio fluido de las vivencias. El secreto de un vínculo radica en aquellos **hilos imperceptibles**, que se generan cuando el profesional de enfermería y el ser humano cuidado comparten sus vivencias durante los momentos de interacción; los intercambios de energía o iones que surgen de la disposición entre ambas partes, acrecientan las capacidades relacionales y forman lazos que se fortifican y logran un cuidado armónico y radiante.

El magnetismo presente entre el profesional de enfermería y el ser humano cuidado se entrelaza con **la empatía y lo intuitivo** como una fuerza imperceptible que une, y a la vez guía la interacción. El magnetismo requiere de propiedades especiales para que se presente, estas propiedades hacen referencia a las condiciones, actitudes y vivencias que tienen las partes que interactúan, así como, al deseo de ambas por querer conectarse. Cada una de las partes que interactúan (profesional de enfermería y ser humano cuidado) tiene su propia naturaleza y ambas confluyen en la manera como se relacionan.

El profesional de enfermería desde su proceso formativo se predispone hacia una actitud de guía y apertura, permitiéndole generar afinidad y magnetismo hacia múltiples seres humanos, con sus respectivas particularidades. La capacidad magnética presente en los profesionales de enfermería, permite que éstos realicen interacciones vinculantes con una amplia diversidad de seres humanos, lo que propicia intercambios intangibles que desencadenan en un conocimiento intuitivo, proveniente de las diferentes experiencias y que aporta a la generación de un vínculo más armónico.

El vínculo significativo mediado por el intercambio intangible de un fluido atrayente, permite ser un depositario de confianza. El magnetismo se relaciona con la capacidad de ser un flujo atractivo para convertirse en depositario de confianza, es como si se generara un despertar instintivo de la confianza hacia el profesional de enfermería que cuida, permitiendo que este se convierta en un referente.

El intercambio magnético en las interacciones vinculantes está relacionado con un flujo libre de una afinidad que se comparte, esto indica que el profesional de enfermería tiene la capacidad de guiar a los seres humanos hacia su propio

cuidado de la sexualidad pero a la vez, los seres humanos se convierten en una guía que proporciona conocimientos incalculables para el profesional, que le permite la acción y adición de nuevos conocimientos, con el fin de acrecentar la capacidad de vincularse con otros seres humanos.

El magnetismo fluido de la vivencia es una corriente de energía que circulan de y entre dos seres humanos, el flujo de intercambio no se superpone sino que se complementa, propiciando de esta forma un lazo que ayuda al desarrollo de las interacciones vinculante.

La comunicación al igual que el magnetismo, son medios para lograr realizar una interacción vinculante, tal como se aprovecha el magnetismo para fortalecer y afianzar el vínculo, la comunicación permite un acercamiento a lo íntimo, siendo un medio a través del cual se materializa las interacciones vinculantes.

7.3.1.5 Comunicabilidad trascendente

La comunicabilidad trascendente integra una serie de cualidades presentes en la comunicación durante las interacciones entre los profesionales de enfermería y los seres humanos cuidados, en la cual se busca llegar a un vínculo con lo íntimo.

Comunicarse con lo íntimo invita a los profesionales de enfermería al cuidado de la sexualidad humana, iniciar un viaje en el cual se transita desde el misterio, el no saber quién es ese ser humano que se cuidará ni que es lo que realmente necesita; llegando a establecer mediante la empatía, la privacidad, la constancia (estar ahí), la confiabilidad, la credibilidad y la confianza, un camino que acompañado por el lenguaje, propicia el diálogo, logrando un encuentro con lo íntimo.

Esta comunicabilidad necesaria para vincularse con lo íntimo propone el uso de diferentes elementos, que el profesional de enfermería pone en práctica y adapta para construir la confianza, logrando que se fortalezcan las relaciones y se afiancen los vínculos. En el cuidado de la sexualidad, el elemento central que permite la comunicabilidad para lograr un encuentro con lo íntimo, es la escucha, esta escucha garantiza que los seres humanos tengan la oportunidad de expresar abierta, libre y fluidamente sus vivencias y tensiones relacionadas con lo sexual.

Al profesional de enfermería le es preciso conocer algunas técnicas para desarrollar comunicabilidad; inicialmente ha de reconocer los matices, tonos o formas que debe tener los distintos tipos de lenguaje que use, desde este punto de vista, los lenguajes utilizados durante las interacciones vinculantes, serán sencillos, claros y fluidos, esto precisa no hacer uso de tecnicismos propios de una disciplina, que impidan la comprensión de lo que se dice; un lenguaje sencillo implica apelar a palabras o expresiones con las cuales el ser humano cuidado se sienta identificado.

El uso de un lenguaje afín a sus expresiones cotidianas y jerga, hace más fluido el diálogo, propiciando una conexión más auténtica con la intimidad, al promover la confiabilidad y reforzar la confianza y credibilidad. Sentir que el profesional de enfermería comparte expresiones comunes, ofrece la posibilidad al ser humano de hablar más libre, fluida y tranquilamente acerca de eventos íntimo.

En ocasiones, conectarse con lo íntimo requiere que el lenguaje sea adaptado, para hacer posible un diálogo que vincule con la intimidad; un lenguaje común y a la vez, de acuerdo a las capacidades físicas, conscientivas y emocionales del ser humano cuidado, permite el establecimiento de un vínculo; un ejemplo de esto en los datos es cuando la enfermera adapta términos y expresiones diferentes de acuerdo al lugar geográfico y la costumbres de los seres humanos que está cuidando, o también adapta sus expresiones lingüística aprendiendo lenguaje de señas cuando cuida a seres humanos con capacidades auditivas y de habla diferentes.

Un elemento rector en la comunicación con lo íntimo es la afectividad, un diálogo afectivo, impregnado de un lenguaje en el cual se logre acariciar la intimidad del ser humano cuidado, es el elemento clave para lograr que éste exprese su sentir; durante este diálogo afectivo el ser humano es acogido a través de un intercambio magnético en el cual se da de forma implícita una dignificación y revivificación de la condición humana, sin discriminación ni críticas. Este diálogo afectivo es una caricia anímica que el ser humano recibe por parte del profesional de enfermería, a través de la cual, este último, le transfiere su nivel de compromiso y permanencia durante los actos de cuidado.

En la comunicabilidad el profesional de enfermería puede reconocer diferentes ritmos presentes en el lenguaje e incluso en los diálogos durante los momentos de interacción. Estos ritmos nos indican que la comunicación durante el cuidado de la sexualidad tiene variaciones. Podemos encontrar el tono, la intensidad y la modelación de la voz como elementos significativos durante la vinculación con los seres humanos, la forma de hablar, el ritmo y la sonoridad que tenga la voz acerca

y afianza el vínculo, o por el contrario, lo distancia y aleja.

Es así como, los profesionales de enfermería adaptan, e intentan modelar sus expresiones y el uso de la voz con el interés de establecer vínculos. Otro elemento rítmico durante el proceso de interacción mediado por el lenguaje hace referencia a las pausas (silencios), los movimientos que propician cercanía (expresiones corporales), el establecimiento de un lenguaje común y la vinculación magnética presentes durante la interacción. Para propiciar un vínculo el profesional de enfermería y los seres humanos integran rítmicamente estos elementos del lenguaje, generando momentos en la interacción que permite la constitución de un vínculo. Cuando estos elementos no fluyen rítmica y armónicamente, el vínculo se interrumpe.

Como parte de los elementos que se articulan en la generación de un vínculo para hacer posible el cuidado de la sexualidad, la escucha es la clave que permite transitar por lo íntimo y lograr pasar de la simple cercanía a la confianza. La escucha en el cuidado de la sexualidad es una puerta para explorar, ir más allá y lograr captar la necesidad real, el sentir real de los seres humanos cuidados.

La escucha inicia con el silencio por parte de los profesionales de enfermería; previo a este, estos profesionales invitaron a los seres humanos a narrar sus vivencias. Esto facilita que la voz del ser humano cuidado resuene durante la interlocución y no, que su voz se convierta en un eco de su cuidador. Así los seres humanos tienen plena libertad de expresar fluidamente sus experiencias, sin que estas sean blanco de crítica, burla o recriminación; por tanto, la escucha debe estar sustentada en el respeto por quien habla. Si el respeto no está presente durante la escucha, así se dé una pausa y/o silencio para que el otro hable, las expresiones serán limitadas porque habrá carencia de vínculo. La escucha se alza como un puente para acceder al otro y descubrir en él su intimidad.

La escucha se centra en la espera de un encuentro con lo desconocido, en la cual el profesional de enfermería aprovecha los momentos de silencio y se abre a la posibilidad de leer a través de frases tejidas por los seres humanos que narran sus vivencias, aquello que guardan en su interior. “Permitir que las personas entren desde la palabra o desde el silencio” An4 (97). Este asunto de leer entre líneas e intentar ver más allá de las simples palabras, propicia captar información sobre los seres humanos de manera que se vislumbre las mejores opciones para la individualización del cuidado. La escucha como puerta de entrada a lo íntimo y también pilar fundamental para brindar cuidado individualizado permite identificar los requerimientos reales de los seres humanos.

Así mismo, leer más allá de la palabra que se narran, es lo que faculta una conexión auténtica con la intimidad del otro. Esta capacidad de escuchar es un arte que se cultiva, ejercita y aprende; en consecuencia, los profesionales de enfermería aprovechando sus conocimientos, la intuición y las experiencias continuas de cuidado, desarrollan la capacidad de leer incluso los silencios como palabras claras, logrando develar lo oculto del ser humano. Es de resaltar que los profesionales de enfermería que ejercitan el arte de escuchar son aquellos que logran establecer interacciones vinculantes, por tanto, es necesario que tengan una mentalidad abierta a un sin número de posibilidades, sin dejarse limitar por la parcialidad de sus propios preconceptos. La escucha requiere de una mentalidad libre, renovadora, abierta y comprensiva.

El acto de escuchar se convierte en la base de una comunicación bidireccional y un diálogo recíproco, porque el ser humano es escuchado, y participa activamente de las decisiones frente a su proceso de cuidado. Cuando los seres humanos se sienten escuchados, tejen una red en la cual se dan las condiciones necesarias para vincularse, pues adquiere el estatus de interlocutor válido, el cual utilizan para empoderarse de su cuidado. “entonces no es sentarse y yo le doy información, ¡no!, sino escuchar, que sea un diálogo, que ellos participen que expresen, qué han tenido y cómo se han sentido, porque de ahí uno puede partir... haciendo el aprendizaje más significativo” An6 (37).

Otro elemento que propicia la comunicabilidad en las interacciones vinculantes es la indagación, esta suele darse a través de un diálogo; es una actividad utilizada con diversos fines; con frecuencia es usada como una estrategia a través de la cual se intenta trascender la narraciones o expresiones superficiales que no aportan al descubrimiento de las vivencias y necesidades reales de los seres humanos.

Con la indagación el profesional de enfermería pretende conocer lo que está sucediendo con un ser humano en diferentes circunstancias, por ejemplo los impactos e incidentes tanto físicos (cáncer, enfermedad cardíaca o trauma raquí-medular) como a nivel mental y social (alteraciones mentales y consumo de sustancias psicoactivas), los cuales pueden interferir en la manera como expresan y vivencia la sexualidad.

Otro fin de la indagación es reconocer las diferentes vivencias con la intención de movilizar la reflexión y motivar las transformaciones; el profesional de enfermería utiliza la indagación combinado con la escucha y propone cuestionamientos que al ser respondidos ofrecen al ser humano cuidado la oportunidad de reflexionar

sobre lo que está viviendo y cómo lo está haciendo. Preguntas tales como: ¿Usted que quiere?, ¿hasta dónde quiere llegar con determinada situación?, ¿Qué sientes?, ¿Qué piensa sobre determinada situación?, plantean al ser humano una entrada a la reflexión.

Este tipo de cuestionamientos que se relacionan con lo particular de los seres humanos exige un diálogo sincero, una comunicación sincera, proviene de un diálogo centrado en la claridad, la transparencia y la confianza. El diálogo sustentado en la sinceridad, permite desarrollar una afinidad entre las partes, la cual sirve de andamio para acceder a las vivencias de los seres humanos cuidados. Esta afinidad que también se basa en un diálogo sincero permite mediante una comunicación bidireccional (pacto-revelación, un pacto para poder hablar), la puerta de entrada para comunicarse con lo íntimo.

Una comunicación sincera se sustenta en expresiones libres, abiertas y claras por parte de los seres humanos y los profesionales de enfermería, las cuales ofrecen la información necesaria para orientar el cuidado, en esta comunicación sincera, los seres humanos cuidados deben permitirse hablar acerca de sí mismos con la seguridad de no ser juzgados o recriminados por sus vivencias. En consecuencia, la confianza, saber que se custodiará lo íntimo y los otros elementos de la comunicabilidad vistos anteriormente serán los que ofrezcan las bases para una comunicación sincera.

En esta comunicación sincera también requiere de la empatía, la credibilidad y la confianza que al integrarse con la capacidad de escucha, propicia que los seres humanos cuidados desarrollen una conectividad con el profesional que los cuida y así surja una interacción que se relaciona con una fuerza magnética que permite la afinidad entre las partes, así como el establecimiento del diálogo.

En la comunicación sincera también son importantes el respeto por los seres humanos, la privacidad, además, la indagación sobre lo sexual, que es a la vez una estrategia para adentrarse en las particularidades del ser. En consecuencia, es la comunicación sincera en la cual se custodie lo íntimo es una condición para acceder a una interacción vinculante.

La confianza como elemento rector para que presente comunicabilidad en el cuidado de la sexualidad, puede relacionarse con la fábula griega que existente entre el copero y el rey. En cuyo caso, el copero sería los profesionales de enfermería y el rey, los seres humanos cuidados. El copero no solo servía al rey, o sea, estaba ahí para el rey, cuidaba de él, sino que conocía el contenido de la

copa (que para este caso serían las vivencias sexuales), y se aseguraba de guardar los más preciados secretos, lo que en el cuidado de la sexualidad corresponde a custodiar lo íntimo; esto hacía que el copero fuera digno de confianza del rey y en consecuencia éste le otorgaba la posibilidad de participar en algunos asuntos que apoyaban la dirección del reino (hacerse partícipe del cuidado de la sexualidad).

Los requisitos para ser copero, podríamos relacionarse con las condiciones que debe tener un profesional de enfermería para cuidar la sexualidad en los seres humanos, según la fábula eran (modestia, laboriosidad y temple). El profesional de enfermería precursor de confianza requiere también de sensatez, la cual se pone en acción durante los momentos de diálogo con los seres humanos que cuida; esta sensatez dialógica indica que los profesionales de enfermería durante la interacción deben proponer un diálogo donde prime la cordialidad y esté libre de discordia y juicios, procurando no culpabilizar o depreciar las vivencias que escucha.

Haciendo uso de la sensatez dialógica los profesionales de enfermería logran adentrarse a la vivencias particulares de los seres humanos que cuida y hablar de temas considerados prohibidos o tabúes (vivir con una enfermedad de transmisión sexual o realizarse un cambio de sexo), preferencias sexuales o comportamientos sexuales que forma parte de la vivencia cotidiana de los seres humanos.

En las interacciones vinculantes la comunicabilidad juega un papel importante, pues durante los momentos de cuidado, utilizando los elementos mencionados en párrafos anteriores (matices, ritmos y adaptaciones del lenguaje, así como, la escucha, la indagación, el diálogo sincero, la sensatez en el diálogo, la confianza, confiabilidad y credibilidad), los profesionales de enfermería y los seres humanos logran establecer un vínculo, en el cual haciendo uso un diálogo abierto y comprensivo, establecen herramientas para el cuidado de la sexualidad, sustentada en las vivencias y necesidades del ser humano cuidado.

El ser humano cuidado, utiliza la comunicabilidad para realizar reflexiones acerca de sus vivencias, buscando apropiarse de sus acciones y, si es el caso, encontrar soluciones a sus experiencias conflictivas. Con el uso del lenguaje afectivo los profesionales de enfermería aprenden por medio de la comunicación acerca de las necesidades, ideas y vivencia de los seres humanos cuidados; la comunicabilidad trasciende los límites relacionales y propicia un vínculo donde se presentan aprendizajes significativos para ambas partes, validando al otro como sujeto que aprende.

La reciprocidad que se da en la comunicación que busca trascender los pensamientos o vivencias irreflexivos, permite que el diálogo contribuya al aprendizaje, dando a los seres humanos la posibilidad de acceder a niveles más altos de autonomía, en otras palabras, son diálogos que propician la emancipación de los seres humanos.

La comunicabilidad trascendente con un diálogo emancipatorio y confidente, también, obtiene placer y satisfacción por el acto de vincularse, lo que aporta al aprendizaje, la comprensión y construcción de quienes participan de la interacción.

7.3.1.6 Erotismo: placer de vincularse

La presencia de placer en las interacciones, ayuda a la generación de vínculos. El placer como un sentimiento que promueve satisfacción permite que las conexiones entre los seres humanos sean fluidas, gratas y perdurables. Un vínculo acompañado de satisfacción acrecienta la afinidad entre las partes y aporta a la construcción de la confianza y confiabilidad.

El placer de vincularse, identificado en los datos como “generar un erotismo” An3 (82), nos habla de la compatibilidad de las afinidades entre los profesionales de enfermería y los seres humanos cuidados, nutridas por los intercambios amorosos que se dan durante los momentos de cuidado. Entendiendo el amor como la fuerza que moviliza. El aprendizaje, la posibilidad de convertirse en rector de sus propias experiencias y la validación recibida por parte de los profesionales de enfermería promueve satisfacción en los seres humanos cuando se vinculan.

En una interacción vinculante, tanto los profesionales de enfermería como los seres humanos cuidados, vivencian situaciones en las cuales se acrecienta la confianza, la confiabilidad y la credibilidad, a través de diálogos libres, tranquilos y sinceros; este tipo de interacciones como lo vimos anteriormente permite un aprendizaje recíproco, lo que genera satisfacción en las partes participantes. La satisfacción como representación del placer, de estar a gusto y conforme, aumenta la disposición de continuar con el vínculo.

Una comunicación libre, sincera y un encuentro con lo íntimo propicia niveles de comprensión cada vez mayores en los participantes durante los momentos de cuidado, que pueden experimentar placer, el cual será decisivo para que los seres

humanos que interactúan deseen continuar compartiendo, acrecentando y nutriendo el vínculo.

Si una situación le resulta placentera y vivificante a un ser humano, este procurará prolongar y continuar con esta situación; en el caso de las interacciones, el placer que se experimenta en esta, permite que las partes involucradas deseen continuar compartiendo estos espacios físicos o etéricos proveedores de placer, aportando al establecimiento del vínculo el cual será más estable y duradero.

En este placer de vincularse encontramos que los seres humanos en busca de cuidados para su sexualidad, presenta una disposición para interactuar con el profesional que lo atiende, evidenciándose el placer desde el deseo por establecer un vínculo; el placer de vincularse también está influenciado por las cualidades de atracción que tienen los profesionales para lograr que los seres humanos que cuida deseen y logren vincularse.

Cuando hablamos de este tipo de erotismo debemos reconocer que existe una vinculación tanto corpórea como anímica. En lo corpóreo se representa con la forma en la cual los profesionales de enfermería incorporan su corporalidad para integrarse con el otro y promover el vínculo, retomamos acá la acción de mirar a los ojos, la posición del cuerpo, los gestos y contactos corporales, por ejemplo: cuando en el saludo y la despedida se incorpora un abrazo, también, en el tono e intensidad de la voz e incluso el atuendo que se usa; todo esto se torna en un lenguaje corpóreo con un alto significado. En relación a lo anímico se relaciona la afinidad y el movimiento surgido durante el intercambio presente en las interacciones donde el profesional de enfermería y el ser humano cuidado dan y reciben de forma recíproca.

Este **erotismo que vincula** es un estado deseable para que el cuidado de la sexualidad de los seres humanos se produzca de forma armónica; acá hablamos de una fuerza proveniente del deseo de cuidar y ser cuidado.

Todos los elementos antes explicados fluyen durante los procesos de interacción y promueven la armonización del vínculo, esta armonización es la que permite el intercambio, resonancia e irradiación de los aprendizajes obtenidos durante los momentos de interacción. La armonización de un vínculo, se sustenta en el afecto como un elemento restaurador de la armonía íntima, necesaria para que de los seres humanos logren emanar lo que construyen de sí mismo.

La conectividad atrayente, la custodia de los íntimo, la creación de ambientes vinculantes, la comunicabilidad trascendente, el magnetismo fluido de vivencias y el placer de vincularse, circulan entrelazándose, haciendo posible las interacciones vinculantes. El cuidado de la sexualidad se sustenta en este tipo de interacciones y a través de estas, el profesional de enfermería propicia una mediación para la construcción del ser humano sustentada en el cuidado.

En presencia de un vínculo armónico entre los profesionales de enfermería y los seres humanos, la semilla para la transformación yace en tierra fértil. Las bases para la transformación tales como: la reflexión, educación y búsqueda del conocimiento de sí, se fundamentan en el cuidado, haciendo posible un camino hacia la construcción. Un vínculo armónico tiene la cualidad de ser trasmisor y proyector de las construcciones y transformaciones, surgiendo en el ser humano la posibilidad de ser para sí y para otros.

7.3.2 PROPIEDAD: MEDIACIÓN EN LA EXPERIENCIA SEXUAL

En el desarrollo de esta propiedad se integraron 258 incidentes provenientes de las 17 entrevistas, enumerados en la (Tabla 7.6). Además, se integraron a la propiedad a través de los memorandos, la información proveniente de diversas áreas del conocimiento tal como muestra la (Tabla 7.7).

La mediación de la experiencia sexual es la materialización del cuidado relacionada con la sexualidad de los seres humanos. En esta confluyen, se condensan, transforma y proyectan todos los elementos que hacen posible el acto de cuidar. Está integrada por un medio, un mediador y unas acciones. El medio es el cuidado, el cual tiene el ser humano y la edificación de éste, como elementos centrales que se entrelazan constantemente. El mediador, es el profesional de enfermería, quien procura conectar el ser humano con sí mismo. Y las acciones son las estrategias, intervenciones, en fin, instrumentos a través de los cuales el profesional exterioriza el cuidado. Esta mediación fomenta la reflexión y transformación de las vivencias sexuales en los seres humanos, haciendo de estas una emanación interna que armonicen la existencia.

Esta mediación en la experiencia sexual consta de cuatro elementos que se integran. Dos están vinculados con el cuidado, el primero es el cuidado a la medida del ser humano y el segundo es un cuidado edificante; el cuidado es un medio a través del cual se hace posible esta mediación. Otro elemento, son las particularidades del cuidador, aquí se ponderan las cualidades y facultades que

tienen los profesionales de enfermería como mediadores entre las acciones de cuidado y los estados inarmónicos de los seres humanos, los cuales suelen generar desequilibrio e insatisfacción. Y el último elemento, son las expresiones artísticas dirigidas al cuidado, que son los medios, tácticas, estrategias o herramientas utilizadas para realizar el cuidado de la sexualidad a los seres humanos. Los elementos que integran la mediación en la experticia sexual y que permiten la edificación de los seres humanos, los vemos en la Figura (7.8).

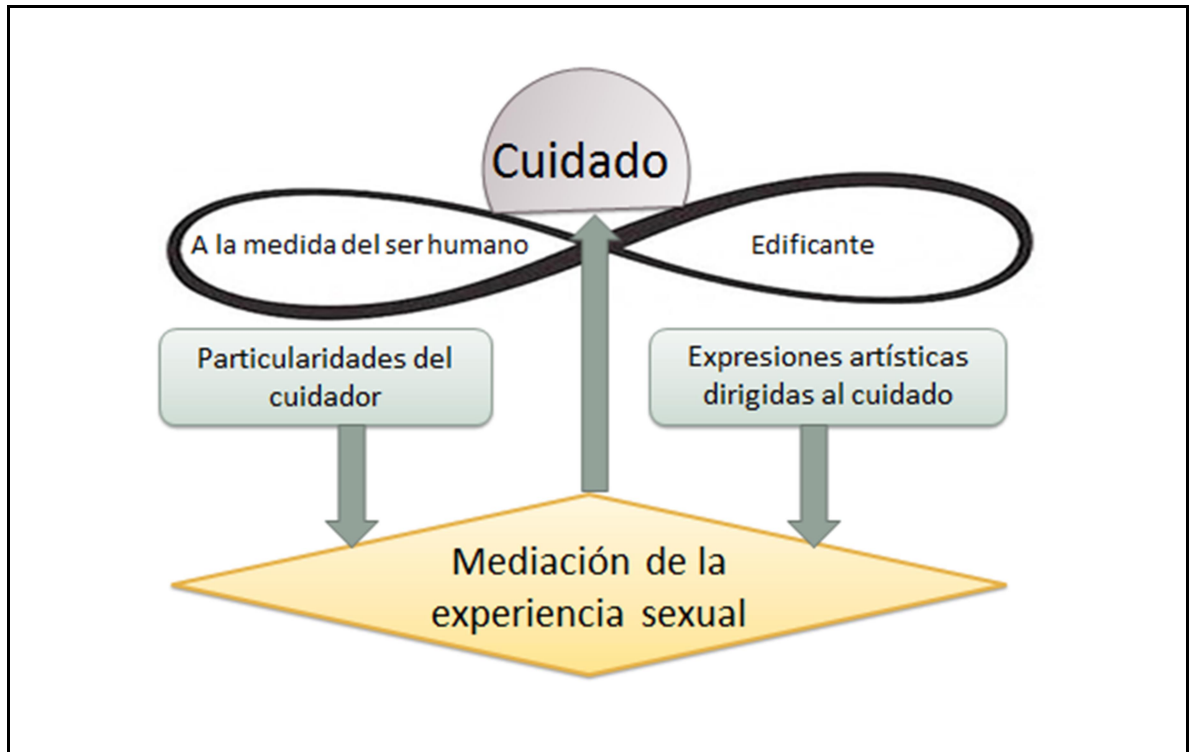


Figura 7.8. Elementos que integran la mediación en la experiencia sexual

Fuente: Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

A continuación explicaremos cada elemento, resaltando los diferentes asuntos que confluyen para hacer posible el cuidado de la sexualidad.

7.3.2.1 Cuidado a la medida del ser humano

La mediación en la experiencia sexual se realiza a través del cuidado. Este

cuidado tiene diferentes características, siendo la más relevante que está centrado en el ser humano; y es precisamente el contacto que tienen los profesionales de enfermería con este ser humano lo que favorece la génesis del cuidado sexual.

-Génesis del cuidado sexual

Los seres humanos son estructuras inmersas en un universo que los define, integra y proyecta, estos seres tienen así mismo componentes cognoscibles e incognoscibles. A sus componentes incognoscibles tendrá acceso y los irá descubriendo durante las experiencias que vivan. Los componentes cognoscibles están relacionados con un espacio interno y externo.

En el espacio externo encontramos lo físico, relacionado con los aspectos del contexto en el que habitan y la temporalidad o tiempo actual en el cual se desarrolla su existencia. El espacio interno está relacionado con lo corpóreo, lo mental, lo concientivo, lo etérico (magnetismo) y lo temporal, que se interrelacionan proyectando al exterior lo que es el sí mismo. La superposición de lo interno y externo, forma una serie de percepciones que se acercan a lo que llamamos realidad. Desde este punto de vista el espacio interno en los seres humanos es sumamente importante pues tal como dice Immanuel Kant en práctica de la razón pura: como es adentro, es afuera. Lo exterior en el ser humano resulta ser un reflejo de lo interior.

Los diferentes espacios que integran el ser humano se encuentran relacionados y en constante movimiento. Cada parte tiene su funcionalidad, sus procesos y transformaciones; esto nos indica que un ser humano en funcionamiento integra y/o superponen los distintos espacios cuando está interactuando, viviendo. Con respecto a las diferentes partes que conforman el espacio interno y externo de un ser humano, sucede que pueden encontrarse en diversos estados de equilibrio, proyección e irradiación.

Por tanto, las diferentes partes pueden estar en un estado armónico o inarmónico. Cuando se encuentra en un estado armónico, vemos cómo el ser humano logra ser, expresarse y vivir de acuerdo a su propia concepción. Frente a los estados no armónicos o en desequilibrio los seres humanos presentan dificultad al intentar desvincularse de procesos, eventos o vivencias que impiden la interacción armónica de sí mismo y la construcción de sí, de acuerdo a sus propios preceptos; en este último caso, el ser humano presenta una dificultad por no lograr desvincularse de eventos displacenteros de su propia construcción.

Frente a la presencia de la desarmonía, surge su opuesto, la armonía; así que

para el restablecimiento de la armonía se requiere de algo, se necesita de algo. Este algo puede ser material o inmaterial; así que necesitar de algo se convierte en un punto importante para la construcción y la reivindicación del ser humano para sí mismo, lo que hace evidente y tangible “la necesidad”.

La presencia de esta necesidad genera una serie de movimientos en busca de restablecer, generar o transformar los estados inarmónicos en eventos o procesos acordes a un equilibrio que permita la transformación y por ende la armonización interna en el ser humano. El cuidado surge como un intento por restablecer el equilibrio o la armonía interior de los seres humanos.

La génesis del cuidado tiene su centro o basamento en el ser humano con sus vivencias y experiencias. La necesidad es vista como un elemento que ata al ser humano, que coarta aquello que le permite ser y libremente ejercer su potestad. En tanto, el cuidado es un acto que se realiza a la medida de cada ser humano y de las necesidades que estos presentan. El cuidado busca restablecer la posibilidad de que los seres humanos se construyan al transformar la imposibilidad de desvincularse de asuntos que coartan la libertad expresiva. Esta **libertad expresiva coartada** incluye experiencias que limitan las expresiones o las vinculaciones consigo mismo y con el entorno, vivencias tanto en el espacio físico o corpóreo como en el espacio mental y social (planos de la autorrealización).

La génesis del cuidado está en relación con lograr identificar cada partes que está en desequilibrio y por medio de acciones (cuidados), surja la búsqueda de un equilibrio que finalmente se exprese en satisfacción tanto para el ser humano que busca su equilibrio como para el profesional de enfermería que cuida.

Para que surjan las necesidades y finalmente el cuidado, es necesario el establecimiento de una interacción vinculante que permita una comunicación con lo íntimo. Tal como se explicó en la propiedad anterior, el establecimiento de este vínculo tiene como objetivo acercarse al ser humano que va ser el centro de la atención y tener contacto con su intimidad, lo que permite reconocer las necesidades o elementos que requiere para la construcción de sí mismo en armonía; en este acercamiento se utilizan elementos de la comunicación tales como la indagación y la escucha.

La indagación como un medio para conocer y reconocer aspectos íntimos de los seres humanos requiere que estos deseen vincularse con el profesional de enfermería y expresar las necesidades que provengan de su sentir. Desde los profesionales de enfermería, esta indagación pretende visualizar el ser humano

independiente de los requerimientos, normas o protocolos que tengan los sistemas de salud preestablecidos; en otras palabras requieren que los profesionales de enfermería, de ser necesario, se alejen de protocolos establecido para la atención, con el propósito de centrarse en las expresiones de necesidades, planteadas por los seres humanos con que interactúan; para lograr adentrarse en lo íntimo una de las estrategias más valiosas de la que ya hemos hablado es escuchar.

Para lograr afinar este acto de escuchar, el profesional de enfermería debe prestar atención cuando indaga más ampliamente, intentando hacer una conexión con el ser humano por medio de la escucha como base de la comunicación. La escucha como un pórtico para el encuentro con las necesidades y el sentir de los seres humanos, facilita al profesional de enfermería centrar la atención en lo que realmente está sucediendo, permitiendo el descubrimiento de la realidad y las necesidades.

Con el descubrimiento de las necesidades, los profesionales de enfermería se ven enfrentados a cumplir o desempeñar un papel propio de su hacer; en este punto nace el cuidado como una posibilidad de poner en movimiento acciones, en las cuales los profesionales de enfermería son mediadores entre las necesidades que los seres humanos tienen (eventos que desarmoniza la vivencia humana) y la construcción o transformación que se experimenta en la existencia humana.

Es importante aclarar que movilizar acciones surge como una respuesta a las necesidades, más, el fundamento del cuidado no es la necesidad en sí, sino el ser humano que la vivencia. El cuidado es una posibilidad con la que cuentan los seres humanos para desvincularse de los eventos que les genera desarmonía, es un medio a través del cual pueden modificarse o transformarse de acuerdo a sus propios equilibrio y construcción.

Con el surgimiento del cuidado, se entrelazan el vínculo entre seres humanos y profesionales de enfermería. El vínculo está relacionado con el deseo o interés que tienen los profesionales de enfermería y el ser humano para interactuar. Este deseo de vincularse con lo íntimo del ser humano, exige que los profesionales de enfermería desarrollen, adquieran y fortalezcan unas características particulares para ofrecer cuidado y acciones en pro del ser humano, estos elementos serán abordadas más adelante, en el apartado que trata acerca de las particularidades del cuidador.

El cuidado presenta varios beneficios para los seres humanos, el primer beneficio es la **resolución de necesidades** a través de la implementación de diversas

acciones o herramientas, fortaleciendo el vínculo consigo mismo, lo cual propicia la posibilidad de transformación. El segundo beneficio hace referencia a la posibilidad de transformación, la cual acerca al ser humano a la construcción de sí mismo. Y finalmente el tercer beneficio es la complacencia de la construcción que realice de sí mismo.

Si recordamos que en el proceso de interacción el ser humano se vincula con él mismo y además con los seres humanos de su entorno, podemos decir que la complacencia de ser para sí mismo, se refleja con otros, presentando una disposición por experimentar las actividades aprendidas para sí con otro (dar de lo aprendido, ser para otros). Tras superar eventos inarmónicos e intentar realizar su construcción interior, los seres humanos van liberando la versión internalizada de sí mismo (de lo sexual). Es sí como el cuidado, se convierte en un medio para la implementación de acciones que permean la transformación, equilibrio, construcción y proyección de la satisfacción.

La satisfacción por las habilidades adquiridas desde sí mismo y para sí mismo, suele generar sentimientos de gratificación, que son expresados a los profesionales de enfermería, desarrollando también satisfacción en estos últimos por los cuidados realizados; acá vemos un **flujo energético en doble dirección**. El profesional de enfermería ofrece cuidado, los seres humanos lo reciben y se empoderan de él, usándolo para sí, lo que les genera satisfacción, así que, expresan satisfacción por la experiencia vivenciada; esto se proyecta en la satisfacción de los profesionales por la labor, el vínculo y la interacción realizada.

Este **intercambio fluido** de satisfacción ofrece la oportunidad de una vinculación significativa entre los seres humanos y los profesionales de enfermería que interactúan. La satisfacción recíproca donde los seres humanos cuidados se sienten satisfechos y los profesionales de enfermería se sienten satisfechos por la satisfacción de los que cuida, hace de esta reciprocidad un aporte a la construcción de la esencia humana en armonía, genera complacencia.

Los profesionales de enfermería tienen una gran afinidad por las interacciones enfocadas al cuidado; por tanto, el cuidado es tomado más allá de una labor, de un trabajo, o sea, los profesionales de enfermería viven y siente el hecho de ser enfermeros como algo propio y gratificante y esto se conjuga con el deseo de solucionar las necesidades de los seres humanos.

El cuidado resulta ser un asunto complementario entre el que cuida y aquel que es cuidado. Por tanto, la interacción con el otro mediante un acto comunicativo que

propicia un vínculo en el cual se intenta solucionar las necesidades de uno (el ser humano cuidado), generando el placer del otro (profesional de enfermería), desencadena en la satisfacción vivencial de ambos.

El cuidado contiene elementos opuestos, la armonía e inarmónica, la necesidad y la satisfacción, en consecuencia, este nace cuando los seres humanos expresan eso que está en falta (la desarmonía y necesidad), eso que no permite la liberación y conexión coherente consigo mismo y con el entorno. Y se cristaliza cuando por medio de herramientas, o acciones, el ser humano se transforma, logrando el cometido de ser para sí mismo (armonía), trayendo consigo la satisfacción por el reencuentro consigo mismo, así como, la satisfacción de los profesionales que mediaron y acompañaron este proceso. Los profesionales de enfermería utilizan estrategias para conocer al ser humano (indagación-comunicación). Estas interacciones se ilustran en la (Figura 7.9).

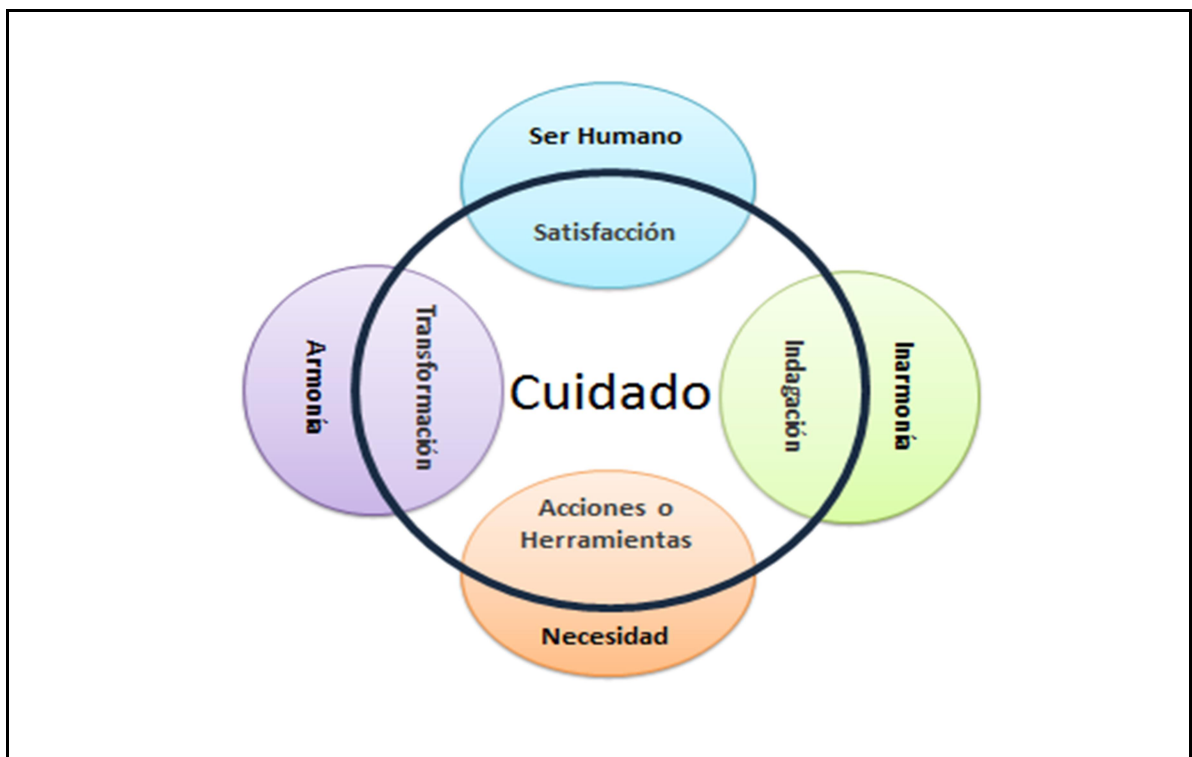


Figura 7.9. Elementos presentes en el cuidado

Fuente: Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

En el cuidado de la sexualidad todas las herramientas implementadas, así como

intervenciones, están sustentadas en las vivencias y experiencias de los seres humanos, sus diferencias y particularidades; haciendo del cuidado un proceso íntimo y vivencial, en el cual el profesional de enfermería realiza acciones individualizadas a la medida de las necesidades, experiencias y vivencias humanas.

-Cuidado sexual particularizado

La particularización es un elemento esencial cuando se intenta brindar un cuidado a la medida, y esta medida la da el ser humano, su interior e individualidad. En un cuidado particularizado, son los seres humanos quienes ofrecen los límites, ritmos y representaciones del cuidado.

Es así como, un cuidado a la medida del ser humano, centrado en la particularización de lo sexual, se apoya en la identificación del desequilibrio presente en las diferentes partes que integran el ser humano tanto interior como exterior, las cuales desemboca en el displacer y la imposibilidad de ser, sonar y resonar para otros.

El ser humano se relaciona con un espacio interno y externo, en diferentes aspectos que lo definen, integran y proyectan, los cuales pueden encontrarse en diversos estados de equilibrio, proyección e irradiación. Por ejemplo, un ser humano con patología mental, con alteraciones físicas como el cáncer o afecciones cardíacas, tendrá una integración de sí mismo que realzará la importancia de ser visto de una forma propia, individual, particular.

Por tanto, el cuidado sexual particularizado implica que el profesional de enfermería conozca y reconozca en el ser humano los distintos aspectos que lo integran, incluyendo lo interior (corpóreo, mental, concientivo y temporal) y lo exterior (contexto social y temporalidad), a fin de identificar sus diferencias y así cuidarlo de forma diferente y particular. Esta particularización del cuidado sexual que se relaciona con el ser humano en sí mismo, está presente en el continuo que implica la experiencia de vivir; acá encontramos que un ser humano integrado por las partes físicas, concientivas y contextuales, tienen variaciones de acuerdo al momento que está viviendo.

Los aspectos que integran el ser humano y que están presentes en el cuidado de la sexualidad se pueden observar en la (Figura 7.10). Estos incluyen el espacio interno: lo corporal, lo concientivo, lo mental y lo temporal, así como, en el externo: la cultura, la temporalidad y actualidad, y son descritos a continuación:

Lo corporal o el cuerpo es el medio a través del cual los seres humanos materializan las interacciones que tienen con el entorno circundante. El cuerpo es reconocido como un intermediario entre las sensaciones provenientes de los órganos de los sentidos y las vivencias íntimas; se asocian a él los diferentes órganos y partes que componen la estructura física. El cuerpo es un elemento tangible, que el ser humano reconoce como propio, le ofrece estatus al ser humano, al ser reconocido como un componente que forma parte de la naturaleza humana. Se le imprime al cuerpo físico el estatus de natural, siendo utilizado como un soporte en la interacción sexual y vivencial.

Lo concientivo en el cuidado de la sexualidad hace referencia a la capacidad que tienen los seres humanos de reconocerse a sí mismo a través de procesos reflexivos, logrando reflejar o proyectar al entorno lo que construyen de sí. La capacidad concientiva permite al ser humano realizar transformaciones de sí mismo por medio de la reflexión; dando naturalidad a las expresiones sexuales, posibilitando una vivencia natural, fluida y libre de la sexualidad. Lo concientivo mediado por la reflexividad, permite la introspección, la cual refleja la manera en que los seres humanos se apropian de sí. “como me cuido, me protejo, me quiero, me respeto y me evalúo” An6 (10).

Lo mental en el cuidado de la sexualidad se relaciona con las capacidades a nivel cerebral (estructura orgánica), que permiten el proceso de pensar, memorizar y entender información. Esta, se puede ver afectada por la presencia de comportamientos tales como el consumo de sustancias adictivas o por afecciones corporales como el cáncer, la enfermedad mental entre otras; de tal manera que, las alteraciones mentales pueden en ocasiones implicar la capacidad concientiva.

En el cuidado de la sexualidad lo temporal o la temporalidad relacionada con el espacio interno del ser humano, se presenta como un continuo que tiene doble acepción; una es la etapa del ciclo vital que esté viviendo el ser humano en el momento que se da el cuidado, o sea, todos los seres humanos durante el transcurso de su existencia viven la sexualidad circunscrita a la etapa de la vida por la cual está transitando (niñez, adolescencia, adultez o vejez).

La otra son los ritmos en los que se da la vivencia sexual; esto indica que cada ser humano tiene de forma implícita la impronta del tiempo, un tiempo interno, este no se relaciona directamente con las etapas del ciclo vital, sino que varían en cada ser humano de acuerdo a sus experiencias particulares, por ejemplo, si observamos la experiencia de vida de dos adolescentes, ambas están en la misma etapa de ciclo vital, no obstante, si una de ellas está embarazada o tiene un hijo,

mientras que la otra no ha iniciado relaciones en donde se presente una cópula genital, se hace evidente que los ritmos vividos por ambas son diferentes. Esta acepción de la temporalidad no se mide en horas, días o años, sino en experiencias vividas y la manera como estas se relacionan con la representación del mundo que tiene el ser humano.

En el cuidado particularizado de la sexualidad no sólo se debe conocer los asuntos realizados con el espacio interno antes enunciados, sino también, los que corresponden al espacio externo (el contexto social y temporalidad o tiempo actual en el cual se desarrolla la existencia humana). Se puede identificar como la temporalidad está tanto en los espacios internos como externos, en este último, se relaciona con las tendencias, modas o representaciones que se tienen de las vivencias en un momento o entorno determinado.

En esta temporalidad encontramos un asunto real aunque intangible, que resulta definitorio al momento de cuidar la sexualidad a la medida de los seres humanos, este asunto es la temporalidad en tiempo presente, o sea, en la actualidad. Los profesionales de enfermería que cuidan a los seres humanos en el tiempo presente, deben actualizarse, o sea, tener conocimiento sobre los temas que son de interés en el momento presente, actual; además, tener en cuenta que la actualización de los conocimientos deben estar relacionados con el momento y la experiencia de vida por la que esté transitando el ser humano que es cuidado.

Este asunto de estar actualizado, representa estar en continuo aprendizaje. El profesional de enfermería tiene el reto de estar al día, o sea, estar actualizado, aumentando su acervo intelectual de manera que esto le favorece entender, mediar e intervenir con elementos que ayuden al ser humano en su construcción. Frente a esto entendemos porqué el cuidado y en especial al cuidado de la sexualidad, es reconocido como una fuente inagotable de conocimiento.

Otro reto al que se enfrenta el profesional de enfermería que cuida a los seres humanos de acuerdo a la medida de sí mismo, es decir, a la condición de cada ser humano, es desarrollar la capacidad de leer las tendencias. Las tendencias se pueden ver como un asunto relacionado con el contexto, con un espacio que puede ser físico, pero a la vez de conectividad, en el que un grupo de seres humanos interactúan, coexisten y se identifican.

Estas tendencias hacen referencia a la dirección que toman las interconexiones globales entre los seres humanos tanto en el mundo físico, como virtual (medios de comunicación e internet). Esto implica que para cuidar al ser humano, el

profesional de enfermería debe conocer lo que sucede en el espacio circundante de este ser humano, teniendo en cuenta las interacciones con sus pares, con los medios de comunicación con el ambiente y con las transformaciones físicas sucedidas en su entorno.

Así que, tener en cuenta la temporalidad como parte del contexto en el cual los seres humanos están inmersos, resulta interesante incluso crucial para el cuidado de la sexualidad particularizada.

La particularización del cuidado sexual que se relaciona con el contexto social o cultural, nos acerca a una idea en la cual el ser humano no sólo es particular o individual de acuerdo a sí mismo, sino al espacio en el cual habita, por ejemplo: el cuidado de la sexualidad a una adolescente en una comunidad indígena rural, será distinto al de una adolescente no indígena y del área urbana, pues la concepción de pareja, maternidad y vínculo afectivo, es diferente tanto en la comunidad indígena como en la ciudad. Por lo tanto, la sexualidad de los seres humanos es influenciada por la cultura, la cual está integrada a un espacio y los componentes ambientales circunscritos.

El contexto social enmarcado en la cultura es entendido como las proyecciones ambientales que influyen en las vivencias y experiencias sexuales, las cuales están introyectadas en el ser humano, aportando a nuevas formas de entender y vivir en sí y para sí, una manera particular de proyectarse en el mundo. Estas proyecciones del ambiente suelen ser enseñadas y aprendidas, convirtiéndose en acciones arraigadas de un grupo poblacional; suelen estar sustentadas en las creencias y tradiciones.

El cuidado a la medida requiere que el profesional de enfermería sea flexible y se adaptable, específicamente a las diferentes condiciones, estados o aspectos que pueden tener los seres humanos que cuida. Por tanto, este profesional cuidará de forma individual, centrado especialmente en el ser humano y en las particularidades que posee. Un ejemplo en los datos hace referencia a los seres humanos con alteraciones físicas (cáncer) o mentales (trastornos mentales), los cuales, deben ser cuidados partiendo de las características particulares que tenga al momento de la interacción con el profesional; de tal manera que, será el mismo ser humano quien propicie un cuidado a su medida, de acuerdo a sus vivencias.

Esto nos indica que el profesional de enfermería cuidará de los seres humanos en diversas condiciones y que este cuidado no podrá ser igual o estandarizado para todos. Cuidar de forma particular implica que los profesionales, deban leer y

reconocer los aspectos más íntimos del ser humano que cuida, o sea, su corporalidad y también la experiencia de vida que tenga en su interior y exterior.

En la (Figura 7.10) encontramos los espacios internos y externos que se tienen en cuenta para la particularización del cuidado.



Figura 7.10. Espacios interno y externo en el ser humano.

Fuente: Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

El cuidado sexual particularizado hace referencia al cuidado en la diferencia, una diferencia en la cual cada ser humano desde su espacio físico y social, es tenido en cuenta de acuerdo a lo que integra eso que es el sí mismo, de acuerdo a su condición como ser único.

En el cuidado sexual particularizado además de los espacios internos y externos requiere de un sentido, dirección, en fin, un propósito, en cuyo caso la pretensión

es el restablecimiento de eventos inarmónicos en los seres humanos, a través de un vínculo significativo, el cual está centrado en la libertad, el respeto, el empoderamiento, la satisfacción e incluso la transformación del ser humano.

El cuidado sexual particularizado y con-sentido requiere del profesional de enfermería unas cualidades particulares, además, tener la capacidad de descentrarse como eje del cuidado y poner al ser humano como basamento. Es comprender que el punto de partida, el eje que mueve la rueda para lograr que el cuidado avance hacia la dirección propicia, es el ser humano que cuida, el otro.

La expresión con-sentido en el cuidado sexual particularizado puede ser vista de dos formas, una, está relacionada con el consentimiento y la otra, con la dirección que se le da al cuidado. La primera, indica tener autorización del otro, así que, el ser humano cuidado da su consentimiento para recibir el cuidado; desde esta perspectiva, el cuidado sexual particularizado con-sentido, destaca la posibilidad de la libre elección que tienen los seres humanos a vincularse; así como, del respeto que los profesionales de enfermería deben tener cuando un ser humano decide vincularse con ellos o no.

Un cuidado a la medida del ser humano, está estrechamente relacionado con la libertad que tiene este ser de recibir cuidado, o decidir quién y cómo lo hará. Dar consentimiento para el cuidado incluye que el ser humano sea tomado como interlocutor válido y valioso. En este aspecto, dar cuidado con-sentido nos habla de la importancia de no violentar la libertad y el libre albedrío del ser humano, a recibir y en especial a realizar o implementar conductas que vayan en contra de sus decisiones.

El cuidado sexual particularizado y con-sentido, hace referencia al establecimiento de un vínculo sin cohesión, libre, elegido y con respeto. Desde este punto de vista cuidar de forma particular y con-sentido implica la aplicación de aspectos éticos tales como el respeto y la libertad.

El otro aspecto del cuidado sexual particularizado con-sentido, se entrelaza con la palabra “sentido”, indicando dirección, una guía determinada. Esto nos permite identificar que el cuidado es realizado con una intencionalidad predefinida. La orientación hacia la cual se dirige el cuidado está fundamentada en el sentir del ser humano; desde allí con-sentido, es también desde el sentir de ese ser humano.

Entonces, el cuidado que se realiza con-sentido, implica de forma implícita que es individual, propio, pues, es el ser humano quien decide vincularse con el profesional de enfermería y dar su consentimiento para ser cuidado, así mismo, el cuidado brindado por el profesional de enfermería, está centrado en el sentir de cada ser. Si tenemos en cuenta que la palabra con-sentido se sustenta en el ser humano, entonces, la interacción que los profesionales realicen con estos seres humanos, deberán estar ajustadas a las experiencias vividas de estos últimos. Lo que permite una individualización en las opciones de cuidado, o sea, un cuidado a la justa medida de cada ser.

Las acciones, intervenciones o también llamados cuidados que los profesionales realizan con los seres humanos desde esta perspectiva, indican que estos tendrán un sentido, una dirección, una intencionalidad, la cual dependerá de las necesidades de cada ser humano. Estos nos indican que el profesional de enfermería despliega su capacidad como cuidador en función de las condiciones previas de quien requiere dicho cuidado.

Si bien, los profesionales de enfermería tiene la capacidad de brindar cuidado a la medida de cada individuo, para el caso del cuidado de la sexualidad de los seres humanos, la dirección hacia la que pretende dirigirse un cuidado con-sentido será no sólo la solución de necesidades, sino trascender hacia el empoderamiento del propio ser humano en su cuidado.

Si bien, los profesionales de enfermería por medio del acompañamiento logran hacer un enfoque localizado en las necesidades humanas con la intención de realizar un cuidado a la medida, acompañar, proporciona además la posibilidad de vincularse al ser humano, favoreciendo que la dirección del cuidado no sea exclusivamente en aspectos relacionados con lo físico y lo corpóreo, sino que también, ofrece la oportunidad que el ser humano logre empoderarse de sí mismo, de su propio cuidado (autocuidado), permitiendo restablecer su derecho a elegir; y que con esta elección buscar una liberación de su versión internalizada de lo sexual.

Este tipo de acompañamiento al tener como base el ser humano y el despertar de su interioridad, propicia un vínculo con significado. Este acompañamiento nos habla de un vínculo con sentido, con dirección y acá volvemos a la palabra con-sentido desde su perspectiva de dirección y de consentimiento, elección y libertad. Para lograr establecer este cuidado con-sentido, el profesional de enfermería deberá vincularse con el otro y ser en el otro para brindar cuidado. Esto implica incluso romper sus propios esquemas, remodelarse, tener la capacidad de evaluar y discernir los puntos que impiden la vinculación con los seres humanos que

cuida, logrando encontrar maneras más efectivas de comunicarse y vincularse con los otros.

Podemos concluir que cuidado sexual particularizado con-sentido, es establecer un vínculo significativo con el ser humanos cuidado, centrado en la libertad, el respeto, el empoderamiento, la satisfacción e incluso la transformación; todo lo anterior a través de un acercamiento y acompañamiento a los seres humanos, donde sus vivencias y experiencias marque la pauta para reconocer las desarmonías (necesidad) y pueda iniciarse la transformación de estas en busca de un equilibrio individual y propio de cada ser humano.

Las particularidades o características que tienen los profesionales de enfermería que cuidan la sexualidad de los seres humanos, es otro elemento que se relaciona con la propiedad mediación en la experiencia sexual. A continuación identificamos estas características y los asuntos relacionados con ellas.

7.3.2.2 Particularidades del cuidador

La mediación de la experiencia sexual es realizada a través del cuidado, entre tanto los profesionales de enfermería serán los mediadores a través de los cuales se realizan las acciones de cuidado. Los profesionales de enfermería durante las interacciones de cuidado, suelen encontrarse con situaciones que vinculan lo sexual en lo humano, y frente a estos requerimientos continuos, logran vislumbrar la relevancia de la sexualidad en la vivencia humana.

Es por medio de la interacción con los seres humanos, el profesional de enfermería va forjando una comprensión de lo que es la sexualidad para cada ser. Esta comprensión se verá constantemente contrastada con nuevas experiencias a las que se ve abogado, por tanto, esta se irá transformando afinando y especializando, con el único objetivo de brindar un cuidado acorde a cada situación por la que transita el ser humano.

Con la experiencia que brinda los momentos de cuidado, los profesionales de enfermería llegan a tener una amplia gama de aprendizajes, que aplica de forma armónica y fluida, reflejando una congruencia en el acto de cuidar que podría denominarse experticia.



Figura 7.11. Elementos implicados en la construcción de la experticia.

Fuente: Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

En el cuidado de la sexualidad, los profesionales de enfermería construyen su experticia, en la cual se entrelazan la empatía que tienen por los seres humanos, la afinidad por cuidar de estos y de su sexualidad, la reflexividad que les permite identificar sus preconcepciones e intentar transformar las limitaciones que puedan presentarse en la interacción con los seres humanos, la prudencia y el respeto durante los momentos de cuidado, la experiencia práctica y los aprendizajes que de ella surgen, el compromiso para acrecentar su acervo de conocimiento de acuerdo a los requerimientos de los seres humanos que cuida, la innovación y creatividad que implementan en las prácticas o herramientas para brindar cuidado, la capacidad de adaptarse a diferentes seres humanos, contextos o situaciones, y en especial el uso de su intuición como un instrumento para interconectarse con los seres humanos e intentar comprender su esencia, traduciendo sus necesidades, situaciones o inarmonías, con el objetivo de ofrecer alternativas que afiancen sus construcciones armónicas.

Es importante para cuidar la sexualidad de los seres humanos que los profesionales de enfermería la reconozcan como un asunto relevante, fundamental e ineludible. Para esto deben desarrollar la capacidad de reconocerla como un asunto rector, lo cual no se logra de forma espontánea; esta capacidad surge de la práctica, pues es precisamente a través de la interacción que tiene el profesional de enfermería con los seres humanos, donde logra identificar que la sexualidad aflora como una parte vital de las vivencias humanas.

Un elemento clave para desarrollar la capacidad de ver la sexualidad como un asunto fundamental de la experiencia humana es la afinidad por el cuidado sexual.

-Afinidad, gusto y vocación por el cuidado sexual

La afinidad en el cuidado sexual es un vínculo anímico sustentado en la afectividad, surgido de las vivencias entre profesional de enfermería y los seres humanos cuidados, en las cuales se da una fuerza atrayente que confluye en una interacción fluida, placentera y natural. En el profesional de enfermería, esta se expresa como una emanación interna, como una representación de la esencia misma del profesional, nacida de la disposición para dar a otros. Por medio de la proximidad, los profesionales irradian ese deseo, favoreciendo la compenetración con los seres humanos que cuidan.

Esta afinidad en el profesional de enfermería puede surgir de forma innata o corresponder a transformaciones adaptativas provenientes de las experiencias prácticas durante el cuidado sexual de los seres humanos. En el primer caso, se relaciona con un deseo por cuidar que nace del interior del profesional, o sea, una representación de su interior, una forma de resonar en el mundo, que se fundamenta en el deseo por relacionarse con el otro de una forma trascendente, la cual propicia transformaciones para ambas partes durante la interacción; esto en otras palabras se refiere a la vocación.

Esta vocación como una elección de la naturaleza humana a seguir los designios de un llamado interior, se refleja en los profesionales de enfermería en la decisión de servir, cuidar, aprender y dar, lo que les produce placer y deleite. Este aspecto nos habla del placer por cuidar y de la satisfacción que sienten hacia sí mismo cuando al servir a otros logra validar esa emanación interior de su deseo por dar. Por medio de la proximidad, los profesionales de enfermería irradian ese deseo, permitiendo la compenetración con los seres humanos que cuidan. Desde este punto de vista, el profesional de enfermería brinda un cuidado con gusto, o sea, nacido de su propia voluntad, porque desea y quiere hacerlo; así que, el acto de

cuidar al ser algo que se desea hacer, se vislumbra como una decisión que toman los profesionales.

En el cuidado de la sexualidad, esta emanación se representa como un gusto por servir y aprender sobre la temática sexual, “al que le gusta le sabe, entonces, si a usted le gusta el tema de la sexualidad, usted lee, usted aprende, y obviamente lo trasmite de la mejor manera” An6 (51). El gusto es visto como un deseo, un placer o deleite que tiene el profesional al disfrutar o saborear cuando cuida, sirve, aprende o da a otro ser humano.

El gusto como un acto de saborear, se vincula con captar de forma detallada y suave las diversas texturas, formas, espacios, vivencias, entornos y seres humanos con los cuales se interactúa al momento de cuidar. Nos habla de poder disfrutar las particularidades que se viven durante el cuidado de un aspecto tan enigmático como es la sexualidad. El gusto como un deseo o una voluntad propia del profesional de enfermería, hace referencia también a un emanación interna, podría decirse que incluso es una representación de la esencia misma del profesional y por tanto, se emite una fuerza de atracción y una disposición para dar a los otros.

La afinidad relacionada con transformaciones adaptativas provenientes de las experiencias prácticas durante el cuidado sexual de los seres humanos, hace referencia a los eventos y experiencias vividas por los profesionales de enfermería que promovieron el interés, el gusto, o reafirmaron la vocación por el cuidado de la sexualidad. Estas vivencias suelen ser representaciones de un momento crucial durante el cuidado brindado, o sea, la afinidad también se nutre de las vivencias altamente significativas para los profesionales, un ejemplo en datos se encuentra en la relevancia que representó para los profesionales cuidar a parejas del mismo sexo o seres humanos con discapacidad física o mental.

Este tipo de afinidad abre la posibilidad de disfrutar de situaciones que pueden ser en ocasiones insólitas o despertar asombro; embarcarse en el misterio de descubrir con el otro una vivencia de la sexualidad en ocasiones in-imaginadas que trae consigo el aire de lo nuevo, de lo inconmensurable de lo sexual; esto se transforma en un motivo de disfrute por el aprendizaje constante y a la vez, por la versatilidad que exige al profesional de enfermería reinventarse, para adaptar cada situación a las particularidades del ser humano que cuida.

La afinidad como un precursor para desarrollar la capacidad de reinventarse y adaptarse, demuestra que el profesional de enfermería se transforma porque

desea hacerlo, y sienten placer, satisfacción, disfrute y por ende gusto de adaptar la forma de cuidar a las particularidades de cada ser.

La integración entre una afinidad innata y una proveniente de las experiencias prácticas durante el cuidado sexual de los seres humanos, propician en el profesional la facultad de desarrollar una voluntad adaptativa. Esto implica poder transformar sus prácticas en busca de un encuentro con lo esencial del ser humano. Hacer uso de la empatía, la comunicación con la respectiva flexibilidad en el lenguaje, logrando adentrarse en las vivencias particulares de los seres humanos y poder hablar de temas privados como: vivir con una enfermedad de transmisión sexual, las preferencias sexuales o comportamientos sexuales que forman parte de la vivencia cotidiana de los seres humanos; logrando construir confianza y generando un vínculo con el ser humano que cuida.

Los profesionales de enfermería logran cuidar a través de la afinidad y la voluntad para adaptarse a vivencias o experiencias que pueden desarrollarse, aún en entornos de hostilidad, bien para los profesionales o para los seres humanos que cuida. Un ejemplo de esto es la experiencia de cuidar la sexualidad de los seres humanos al margen de la ilegalidad (prácticas de abortos clandestinos que puede representar perder la libertad o la vida) o en instituciones de salud con una alta carga normativa que limita el cuidado particularizado.

También requieren de voluntad para adaptarse a vivencias humanas que denotan adversidad por ejemplo: sentimientos de angustia, dolor, desesperación miedo, temor, rechazo o censura por vivir con una enfermedad de transmisión como el VIH, tener preferencias sexuales diversas, presentar discapacidad o alteraciones física como el cáncer, la farmacodependencia y/o patologías mentales.

Este tipo de vivencias adversas e incluso extrema por las que puede pasar un ser humano, sumadas a las vivencias que transita en cada etapa a lo largo de su existencia, ofrece al profesional de enfermería un amplio espectro de experiencias, las cuales logra enfrentar, adaptando sus capacidades propias y desarrollando nuevas habilidades en el cuidado sexual que va brindando.

Adaptar los cuidados para dar respuesta a las vivencias por las que transita un ser humano, exige del profesional de enfermería una voluntad especial que le posibilita templar o modelar su propia naturaleza. Frente a este aspecto, los profesionales de enfermería suelen apelar a su ética interna y a través de la reflexión sobre sus prácticas, identificar sus propias barreras y/o preceptos que se suscitan al compartir las vivencias sexuales de los otros. Acá el profesional tiene la

labor de adentrarse en sí mismo, conocer de sí para poder tener mejor comprensión de los otros. Para lograrlo, resulta fundamental visualizar la necesidad de cambiar pensamientos en sí mismo, ya que cuidar está inmerso en una realidad innegable que le exige algunos requerimientos para responder a las necesidades del otro, las cuales en ocasiones, superan las perspectivas propias preestablecidas.

Conocer los propios preceptos para lograr vincularse en el cuidado de los otros, exige del profesional de enfermería la consciencia de descentrarse a sí mismo como eje central de la interacción y reconocer que la medida de las cosas es el ser humano que se está cuidando, el punto de partida es el otro. Por tanto, para centrarse en el ser humano como basamento del cuidado, los profesionales de enfermería apelan a la reflexividad como un elemento de construcción del propio enfermero. Esta reflexividad tiene como facultad permitir a los profesionales que cuidan la sexualidad de los seres humanos, tener la posibilidad de verificar aspectos que afectan su vinculación con los otros, para intentar modificar su carácter o expresiones que pueden afectar o bloquear el vínculo necesario para el cuidado individualizado.

Para conocer sus propios preceptos, así como, temprar o modelar su propia naturaleza, el profesional constantemente debe hacer una autoevaluación de sus propias competencias para brindar cuidado. En esta autoevaluación con frecuencia identifican que no conocen sobre todos los temas relacionados con la sexualidad y que incluso, siente temor de enfrentarse a seres humanos que por sus condiciones han sido estigmatizados por su entorno social Ej: seres humanos que viven con VIH, con preferencia sexual homosexual o con alteraciones físicas como el cáncer, la enfermedad renal crónica, con trauma raquimedular o con alteraciones en sus capacidades mentales o cognitivas.

Incluso, como parte de esta auto-evaluación los profesionales de enfermería suelen permitir y apreciar las intervenciones que otros profesionales les hacen, con el fin de escudriñar acerca de sus comportamientos, limitaciones y/o temores cuando cuidan de la sexualidad humana; permitiéndoles realizar una construcción y adaptación de sus prácticas, desarrollado nuevos aprendizajes y habilidades.

Al tener en cuenta la reflexividad como un asunto útil y necesario para lograr que los profesionales de enfermería se cuestionen sobre sus práctica e intenten realizar modificaciones tanto de sí mismo como de la forma en la cual cuidan, se advierte que ésta, debe estar presente en todos los profesionales al cuidado de la sexualidad humana, en su ausencia, el cuidado se tornaría mecánico, distante, rígido e incluso arbitrario.

Lo anterior es la razón por la cual los profesionales de enfermería intentan ofrecer cuidado de la sexualidad, utilizando la reflexividad como una herramienta para afinar su comprensión hacia los seres humanos. Esta permite al profesional ir desarrollando la capacidad de percibir asuntos relacionados con la sexualidad aun cuando estos no se manifiestan a simple vista. Al lograr identificar aquello que estaba inadvertido, el profesional tiene la opción de cuidar de forma particularizada.

Los profesionales de enfermería se encuentran con una condición importante cuando cuidan de forma particularizada, esta es, sobrepasar los protocolos rígidos propuestos por las instituciones, o sea, no sólo ceñirse a lo establecido, sino intentar buscar alternativas acordes con las vivencias de los seres humanos, abandonar lo convencional, lo reglamentario y protocolario para lograr dejar ser al otro, y así, mostrar que se está en disposición para el establecimiento de un vínculo cimentado en la confianza que permita reconocer lo que realmente pasa en la vivencia del otro.

La afinidad por el ser humano que cuida, el gusto que tiene al vincularse con él, la vocación que se centra en servir y la reflexividad, hace posible que los profesionales de enfermería sean sensibles y den importancia a ir más allá de lo establecido, de lo protocolario y normativo, dejando incluso el afán por cumplir con los estándares de cuidado exigidos o impuestos por reglamentaciones nacionales o internacionales, haciendo del cuidado de la sexualidad un asunto de proximidad, complicidad, centrado en las vivencias y necesidades del ser humano.

El intento por sobrepasar lo establecido para cuidar particularmente hace del profesional de enfermería un agente precursor de cambios y revoluciones, tanto de los procesos históricos, como de construcciones colectivas, esto se ve ejemplificado en los datos cuando los profesionales con la intención de ir más allá del protocolo se enfrentan a lo normativo, lo institucional y lo formal, para cuidar fundamentados en el ser humano. Dejar el afán, sobrepasar lo establecido, salirse del protocolo, movilizar la práctica hacia lo esencial.

El gusto experimentado por los profesionales de enfermería se proyecta hacia un cuidado individualizado, esto indica que se siente atraído por cuidar de los seres humanos reconociendo sus particularidades y las posibles necesidades que experimentan. Esta atracción impulsa el interés por cuidar, orientar o mediar en los aspectos relacionados con la sexualidad, centrado en las necesidades que los seres humanos expresan.

Este gusto y atracción por el cuidado individualizado desarrolla y afina en el profesional de enfermería las capacidades de interacción, permitiéndole adquirir herramientas para brindar cuidado a un mayor número de seres humanos, o sea, a una mayor diversidad de seres, con pensamientos o creencias divergentes, incluso a las del propio profesional, rescatando así, la importancia del respeto hacia los seres que cuida.

La afinidad por cuidar de forma individual y el gusto por hacerlo, invita a rescatar la importancia de ir más allá de la percepción inicial que se tiene de un ser humano. Esto de ir más allá, para los profesionales de enfermería está relacionado con los actos, vincula el interés de emprender acciones con el fin de abrir un camino que permita adentrarse a lo íntimo del ser humano, apoyar en su reconstitución y fomentar su construcción y trascendencia. Esta percepción para ir más allá está relacionada con un asunto que hemos llamado intuición.

La habilidad de identificar lo íntimo, la capacidad de leer en el otro; ese ir más allá, ver más allá, leer más allá, centrado en la destreza que se adquiere para lograr traspasar la imagen especular del otro y adentrarnos en su interior mediante la interacción con sus vivencias, y así, intentar ver en el otro lo que en su interior es, son facultades que ofrece la intuición.

La afinidad, el gusto y la vocación, de los profesionales de enfermería, acompañado por la intuición y el aprendizaje realizado durante sus experiencias prácticas, acrecienta la atracción por el cuidado sexual, aportando a su capacidad de ser más plural, así como, al desarrollo de habilidades para penetrar en lo íntimo e interior de los seres humanos. En este encuentro con lo íntimo se advierten asuntos que requieren compañía y acciones para ayudar a balancear los eventos o vivencias que generan inarmonía.

-La intuición

Esta es una de las características más relevantes que debe tener un profesional de enfermería al cuidado de la sexualidad humana; se revela como una capacidad que posee el profesional de relacionarse, integrarse e interpenetrarse con los seres humanos que cuida. Esta capacidad favorece ver más allá de la apariencia física y corpórea; podríamos decir que facilita a los profesionales materializar una visión estereoscópica de la sexualidad de los seres humanos que cuida.

Si tenemos en cuenta que la sexualidad es un tema relacionado con la intimidad y que esta intimidad no se expresa con facilidad por parte de los seres humanos que son cuidados, tener intuición, ofrece a los profesionales de enfermería la capacidad de recolectar información relacionada con la parte afectiva y extraerla de un plano interno e imperceptible a un plano donde se proyecta con la relevancia que esta información o vivencia en realidad posee.

La intuición ofrece a los profesionales de enfermería la posibilidad de adaptarse a diversos eventos, escenarios de cuidado y seres humanos, con los cuales, a través de una comunicación libre y espontánea, logra reconocer aquello que es fundamental. Estos profesionales nutren la intuición con vivencias altamente significativas experimentadas durante las prácticas de cuidado. Esto indica que los profesionales de enfermería, recurren a “lo que saben, lo que sienten, lo que hacen, así como la experiencia de lo que han trabajado” para alimentar este plano intuitivo.

En la intuición existen elementos intangibles vinculados a un sentido extrasensorial “sexto sentido” y el intercambio magnético entre los seres humanos que se relacionan en un ambiente. Esto permite el acceso a un conocimiento que supera las preconcepciones y pre-establecimientos del lenguaje cotidiano para explorar las profundidades del “alma”, lo “fundamental” o “íntimo” de lo humano.

Como parte de los elementos intangibles está el magnetismo, el cual se manifiesta como una fuerza de atracción entre el profesional de enfermería y el ser humano, esta fuerza no sólo relaciona ambos seres, sino que transmite información que los intercomunica, logrando realizar una conjunción y agregación de las vivencias, haciendo una transcripción de los códigos internos del ser humano que es cuidado. Estos códigos son transmitidos a los profesionales de enfermería quienes logran tener una visión del ser humano más allá de la imagen perceptible tridimensionalmente.

Los profesionales captan la información que se transmite y logran realizar una construcción al integrar la información aprendida durante el proceso de interacción con los seres humanos que cuidan. Los intercambios surgidos durante la interacción entre los profesionales de enfermería y los seres humanos que cuida, permite a los primeros adquirir, modificar y desarrollar la destreza de ver, sentir, buscar y hallar elementos que se encuentran por fuera del espectro que encierra los órganos sensoriales y la capacidad de análisis de la mente sustentada en la lógica; aunque la intuición pueda ser vista con rareza, e incluso escepticismo, es en realidad un elemento que permite la integración de lo visible con aquello íntimo, oculto y particular que tienen los seres humanos a los cuales se cuida.

Como parte de los elementos tangible presentes en la intuición, encontramos el proceso de comunicación como un evento importante para suscitar la narración de las diversas vivencias sexuales, de las historias íntimas y particulares, las cuales serán escuchadas sin correcciones, sin juicios y con libertad, permitiendo al ser humano que las narra, una construcción de su propio discurso.

La integración entre los elementos tangibles e intangibles permite a los profesionales hacer una previsión, o sea, adelantarse, lograr saber de forma anticipada las necesidades sentidas en un futuro cercano, y de esta forma realizar cuidados relacionados con la sexualidad que incluso prevengan posibles impactos o efectos que puedan presentarse, bien por enfermedad Ej: VIH, o por las vivencias.

En este caso, la asertividad surge porque el profesional de enfermería sabe al haber aprehendido (fijado e introyectado), cómo, cuándo, dónde y de qué forma brindar determinado cuidado. Esta aprehensión asertiva está estrechamente relacionada con un conocimiento que no es pasajero, sino que permanece precisamente en el plano intuicional del profesional de enfermería.

Los conocimientos y la asertividad también propician la creatividad de los profesionales haciendo que las actividades se ajusten a cada ser humano, evento o contexto.

-La creatividad

La creatividad es otra particularidad del profesional que cuida la sexualidad de los seres humanos, esta palabra proviene etimológicamente del término creación, la cual es una acción, así que, no es un asunto estático sino que tiene movimiento. Este movimiento se da en varios sentidos, uno está relacionado con el profesional de enfermería, quien de forma implícita se da permiso para sobrepasar los protocolos y estándares institucionales, así como, la posibilidad de saber leer más allá de lo percibido físicamente (intuición), favoreciendo en el cuidado de la sexualidad, el desarrollo de la creatividad. El otro sentido, es el uso que los profesionales de enfermería le dan para implementar acciones, con la intención de transformar un evento en los seres humanos que cuida, logrando ser asertivos durante el proceso de cuidado de la sexualidad.

La creatividad exige de los profesionales de enfermería tener capacidad de

inventar e innovar. Estas capacidades se ven reflejadas cuando los profesionales crean por ejemplo nuevas formas de asesorar, indagar o abordar distintos eventos que pueden relacionarse con los mitos, tabúes, temores o expectativas frente a las vivencias por las que están transitando los seres humanos.

En el cuidado de la sexualidad es necesario que los profesionales de enfermería interesados en adaptar los procesos creativos en pro del cuidado, puedan aventurarse a transitar en lo profundo de la intimidad del ser humano que cuida, de manera que puedan discurrir por las distintas manifestaciones humanas para usarlas en pro de la creatividad.

Para poner en acción la creatividad y al servicio del cuidado de la sexualidad, los profesionales deben dejarse enseñar, procurando aprender eso que es la vida para el ser humano que cuidan, teniendo siempre abierta la posibilidad de que en la vivencia humana se encuentran fenómenos que pueden ser inimaginables. Esto implica la necesidad de ser flexible y tener disposición para comprender las diferentes vivencias humanas, además, tener una apertura mental que le permita trascender los eventos aparentes o disonantes que tenga un ser humano.

Estar abierto al otro, reconocer su individualidad y particularidad, también, implica flexibilidad; desde este punto de vista los profesionales de enfermería deben permanecer abiertos tanto a las percepciones de los seres humanos como a la búsqueda de alternativas de cuidado, pues deben moverse de una alternativa a otra, a fin de encontrar la más acorde al ser humano que cuida. La creatividad se presenta cuando al intentar buscar la mejor alternativa para el cuidado, el profesional de enfermería se sale de lo convencional y hace uso de su capacidad innovadora para fusionar, reorganizar, incorporar e incluso descartar distintas técnicas y estrategias en el camino por transmitir de forma significativa los cuidados enfocados a armonizar la vivencia humana.

Un asunto que se relaciona con la flexibilidad es la capacidad de sobreponerse cuando las acciones de cuidado aunque creativas, no logran impactar o resolver las necesidades de los seres humanos. Con el uso de la flexibilidad los profesionales de enfermería están abiertos a poder realizar diversas acciones de forma reiterada, constante e incluyendo nuevas alternativa a fin de lograr ofrecer un cuidado que contribuya a la armonización de los seres humanos.

Al integrar la disposición por instruirse con las vivencias del otro y la creativa, se pone en acción el aprendizaje, el cual se combina con las capacidades de inventiva, innovación, imaginación, entusiasmo, la apertura o flexibilidad mental y

curiosidad intelectual, favoreciendo el desarrollo de acciones previsivas, frente a las necesidades sentidas, afinando la asertividad de las intervenciones de cuidado realizadas a los seres humanos.

Para adaptar la creatividad y ponerla en pro del cuidado de la sexualidad humana, los profesionales de enfermería deben tener además de la capacidad de inventiva e innovación, capacidad intuitiva, imaginación, entusiasmo y curiosidad intelectual, cierta madurez profesional, la cual se va adquiriendo en la vivencia de las experiencias de cuidado. La creatividad requiere que los profesionales de enfermería no dejen apagar su llama inventiva, innovadora, imaginativa y entusiasta, la cual, se alimenta de las experiencias que van teniendo a lo largo de su vida profesional.

Un ejemplo de creatividad en el cuidado de la sexualidad que merece ser rescatado de los datos es la capacidad intuitiva, la imaginación y el entusiasmo de una enfermera del servicio de Ginecología y Obstetricia (GO) en la década de los años 70 del siglo pasado, quien ideó la forma de minimizar la señalización a las mujeres que se realizaban abortos clandestinos e ilegales; su principal preocupación era que dichas mujeres presentaban en su mayoría patologías infecciosas que amenazaban su vida a causa del aborto, una vez recuperadas en el servicio de GO, y valiéndose del diagnóstico médico “aborto séptico grado I, II o III, eran censuradas e incluso judicializadas aún estando convalecientes en la institución hospitalaria. La creativa forma de solucionar estas reseñas, fue cambiar en los registros clínicos del egreso hospitalario el sustantivo “aborto”, lo que se reflejó en una menor carga punitiva a un proceso patológico, que representaba una situación compleja para las mujeres que lo vivenciaban.

En el ejemplo anterior, la creatividad también se entrelaza con algunos principios como la prudencia, el respeto y la justicia, así como, la asertividad y la flexibilidad o mente abierta, que proporciona sensibilidad al profesional en el momento de la atención. Con esta asertividad, vislumbramos uno de los usos al cuidado de la sexualidad que ofrece la creatividad, la cual, se nos presenta como una estrategia que permite la expresión de la libertad. Esta libertad vista como un tipo de autonomía superior, o sea, la libertad con decisión, comprensión y medida.

-Principios potencializadores del cuidado sexual

Los profesionales de enfermería como otros seres humanos, tienen principios con los que desarrollan su práctica profesional. Estos principios se encuentran relacionados con el espíritu de servir y el precepto de que este servicio sea en bien del ser humano. Las potencialidades humanas se vinculan con un influjo positivo y ascendente en el cual los seres humanos se interrelacionan para

comunicar a manera de mensajeros, las fuerzas cósmicas universales irradiadas. Los principios se sustentan en las experiencias prácticas y están modelados por las interacciones que se tengan con el otro.

En el cuidado de la sexualidad los profesionales de enfermería conjugan estos principios, propiciando que el ser humano cuidado sea el protagonista. Los principios potencializadores rescatan un elemento trascendental, al hacer referencia a “potenciar”; esta potencialización se ve reflejada en el cuidado sexual como un elemento que posibilita, bien sea una interacción, una reflexión e incluso una transformación [16].

Como parte de los principios potencializadores en el cuidado de la sexualidad, encontramos que los profesionales de enfermería pueden establecer relaciones de Amicitia (latín Amistad), o sea, que pueden entablar amistad, ser amigos de quienes cuidan. Esta relación de amistad se sustenta en la palabra latina amicus, que se deriva de la raíz del verbo amare (amar). En este caso el principio potencializador es el “amor”.

Este amor como potencializador propicia grandes posibilidades. Una de ellas está relacionada con la sencillez afectiva que puede imprimirse a las actividades que se realizan con el ser humano, comunicarse, la proximidad y la interacción entre otras. El amor promueve la realización de acciones de cuidado donde se combinan la fluidez sutil de las palabras, actos e intercambios magnéticos, con las profundidades de los significados e interacciones, permitiendo una transmisibilidad armónica del cuidado y la posibilidad de transformaciones. El amor como potencializador brinda una caricia por medio del cuidado.

La prudencia potencializa un cuidado de la sexualidad con cautela, inteligencia y observancia, en el cual, el profesional de enfermería intenta entrelazar esta virtud con el respeto hacia quien cuida. Los profesionales de enfermería al utilizar la prudencia se identifican como guardianes de las vivencias y, para ser guardianes hacen uso de la previsión que obtienen del conocimiento teórico y el adquirido a través de la experiencia. La prudencia también posibilita la fluidez en el lenguaje. Esta virtud permite a los profesionales de enfermería tener la cautela para propiciar un diálogo en el cual la culpa y el enfrentamiento no sean protagonistas. La prudencia invita a un diálogo que posibilite las expresiones libres de las vivencias sexuales, mediadas por la confianza y la confidencialidad.

Los profesionales de enfermería emplean la prudencia en los momentos de proximidad, logrando realizar una afiliación con lo íntimo de los seres humanos

que cuidan, esta afiliación se logra por la sutileza y el tacto con el cual se realiza el abordaje de la sexualidad. Este tacto o sutileza para actuar o proceder frente a las vivencias que los seres humanos, trata sobre como asuntos delicados o complejos de la sexualidad pueden ser tratados con naturalidad, libertad y armonía. La prudencia puede ser vista como una variante del respeto durante el cuidado de la sexualidad.

En cuanto al respeto que tiene los profesionales de enfermería por los seres humanos cuidados; este es un acto a través del cual se salvaguarda la libertad y la autonomía a la tienen derecho un ser por su condición de humano. Este respeto, se enfoca principalmente en mantener la continua recordación sobre el libre albedrío que tienen los seres humanos. Salvaguardar la libertad indica que los profesionales de enfermería estarán dispuestos a garantizar que durante los momentos de cuidado, no se fuerce a una obligatoriedad impuesta por la sociedad u otros seres humanos que ejerzan autoridad, ni se interfiera la libre y autónoma construcción de la sexualidad de quien es cuidado.

El respeto está relacionado con reconocer al otro como interlocutor válido, como rector de sí y como la fuente de la experiencia que propicia el aprendizaje; es pues el eje en el cual se sustenta el cuidado. El respeto que los profesionales de enfermería profesan por los seres humanos, se fundamenta en conocer al otro, su intimidad y sus vivencias, ofreciendo la seguridad que estas no serán subvaloradas o transformadas en contra de su voluntad.

Lo que se reconoce en el respeto y el mantenimiento del libre albedrío, es la validación del ser humano cuidado como el juez y rector de sí mismo; en este libre albedrío se realza la capacidad de discernimiento, reflexividad y auto-direccionamiento que tienen los seres humanos. En el respeto, la libertad es entendida como una expresión de la capacidad cognitiva puesta en acción, esta se evidencia en el proceso de elección y dirección que el ser humano hace de sus propias vivencias. Así mismo, la libertad se vincula con la tranquilidad y la confianza de actuar de una forma espontánea, reconociendo que no será discriminado o marginado por su vivencia, condición, experiencia o pensamiento.

En el cuidado de la sexualidad los profesionales ponen en práctica el respeto; para esto se centran en las vivencias y experiencias de los seres humanos que cuidan, así como, en sus particularidades, procurando ofrecer valor, significado y relevancia a cada acto, vivencia o experiencia que el ser humano expresa; el respeto es una condición para el cuidado particularizado, de acuerdo a cada ser humano. Los profesionales de enfermería pueden tener actos de respeto forjados desde sus experiencias personales o por la formación académica que adquirieron,

más, el respeto se afina durante el acto de interacción con el ser humano, el cual se convierte en un momento de verdad, real, de compenetración, donde el requerimiento principal es el reconocimiento del ser cuidado como humano, descubriendo la esencia de lo humano. Los principios antes mencionados se nutren de la capacidad reflexiva, que posibilita al profesional de enfermería explorar las ambigüedades sensitivas vividas durante el cuidado Ej: alegría de servir, en contraste, con compartir la tristeza de un ser humanos cuando comprende que no le es posible subsanar todas las vivencias o eventos adversos desencadenantes de dolor y sufrimiento. La reflexividad, también pone a los profesionales de cara a situaciones con sensaciones contradictorias.

La reflexividad es un principio potencializador valioso, posibilita al profesional de enfermería percibir satisfacción al sentir que aportó con su cuidado al bienestar humano; por otro lado, a comprender que el conocimiento de la totalidad humana se nos presenta como una utopía y por tanto, es necesario reconocer que no se sabe todo y que la participación de otros profesionales en el cuidado de la sexualidad resulta ser valiosa e incluso necesaria; o que en ocasiones, estar ahí es la única alternativa para ayudar a sustentar el dolor, el sufrimiento y/o la incapacidad concientiva de algunos seres humanos cuidados.

La reflexividad en el cuidado de la sexualidad tiene diferentes aspectos, uno es la reflexividad de los profesionales de enfermería a través de la cual realizan un proceso de discernimiento que les facilita identificar la forma en la que se están vinculando con el ser humano cuidado; como se planteó en el apartado de afinidad, gusto y vocación, este tipo de reflexividad permite a los profesionales identificar y hacerse consciente de sus preconceitos y cómo estos pueden limitar la interacción con el ser humano que cuida.

El otro aspecto de la reflexividad trata sobre la comprensión que hacen los profesionales de enfermería, frente a la sexualidad de los seres humanos a su cuidado. Bajo este aspecto, los profesionales al tener contacto con los seres humanos que cuidan, logran acercarse a su intimidad, para lo cual usa la reflexividad, o sea, la capacidad de hacerse consciente a través de un proceso de discernimiento, sobre los aspectos más relevantes que integran el ser humano a su cuidado. También, les facilita reconocer, después de comprender mejor la sexualidad de los seres humanos, que tan inconmensurable puede llegar a ser la temática y los aprendizajes en relación a esta.

La reflexividad, también puede tornarse en una estrategia que los profesionales de enfermería fomentan en los seres humanos a su cuidado, con el objetivo de acrecentar su capacidad concientiva de manera que estos se hagan protagonistas

de sus vivencias y experiencias, para avanzar en la construcción de su experiencia sexual acorde a lo esperan de sí mismos

En conclusión los principios potencializadores en el cuidado de la sexualidad brindan la posibilidad de acercarnos al ser humano que cuidamos de una forma más amorosa, fluida, cautelosa, respetuosa y reflexiva.

-Conjunción de conocimiento-aprendizaje en el cuidado sexual

Una de las particularidades más relevantes para que un profesional de enfermería realice cuidados de la sexualidad en los seres humanos está relacionada con el acervo de conocimientos que este debe poseer. Se puede destacar que hay diferentes tipos de conocimientos que aportan al cuidado de la sexualidad; algunos están relacionados con los aspectos teóricos y otros con los prácticos. Los conocimientos se adquieren a través del aprendizaje, que a su vez, también serán de origen teórico o práctico.

Los profesionales de enfermería utilizan la reflexividad no sólo para hacerse consciente de sí, si no como una estrategia para afianzar su proceso de aprendizaje. En el proceso de aprender es importante el análisis de los eventos, la información y las situaciones, a través de los cuales los profesionales de enfermería llegan a este asunto de “darse cuenta” o “llegar a comprender” eso que sucede; permitiéndole reconocer los elementos que necesitan para brindar cuidado.

En este proceso de conocimiento-aprendizaje la reflexividad es un asunto crucial, pues, al combinarse la experiencia práctica y la reflexión, el profesional de enfermería puede hacerse consciente de lo relevante que es la sexualidad en la vivencia humana; encontrando una puerta al conocimiento. Es así como, usando la reflexión para lograr afinar la comprensión sobre la sexualidad y por medio del aprendizaje adquirido en las experiencias prácticas y los conocimientos teóricos, el profesional va desarrollando la capacidad de percibir asuntos relacionados con la sexualidad cuando estos no se manifiestan explícitamente, logrando sacarlos de un segundo a un primer plano.

En su formación académica, los profesionales de enfermería reciben diversos componentes teóricos y prácticos. El proceso educativo y formativo recibido tiene como objeto desarrollar fundamentación teóricas y prácticas para realizar la labor de cuidar. Para cuidar requieren de herramientas que ayuden a solucionar las necesidades de los seres humanos. En la adquisición de estos conocimientos, los profesionales de enfermería se acercan a diferentes postulados teóricos.

Durante la implementación de los postulados teóricos en las prácticas de cuidado, los profesionales de enfermería usan la reflexividad, a través de la cual identifican divergencias entre los conocimientos teóricos y los procesos prácticos, lo que exige la reflexión y en ocasiones la transformación de los aprendizajes adquiridos durante la formación. El contraste entre lo teórico y lo práctico, surge debido a que el cuidado es un asunto que se realiza inmerso en las realidades de los seres humanos, y estas realidades son diversas y cambiantes, por tanto, cuidar desde lo real exige por parte del profesional, modificar e innovar los preceptos teóricos que suelen ser generalizables, adoptando herramientas específicas, particularizadas e individualizadas, promoviendo el abordaje de las necesidades relacionadas con la sexualidad.

Es así como, los profesionales de enfermería a través de la reflexión se dan cuenta que las temáticas sexuales y los aprendizajes en relación a estas, son múltiples y complejos. Hacerse conscientes de la imposibilidad de conocer todo les pone como desafío acrecentar su acervo de conocimientos, con el objetivo de cuidar al ser humano de forma apropiada. En consecuencia, el profesional de enfermería se ve abocado a indagar diversos saberes con el fin de aprender y/o capacitarse, completando los conocimientos previos.

Este interés por capacitarse, estar actualizado, tener conocimiento para brindar un cuidado inscrito en la actualidad, está relacionado con un asunto que puede ser llamado “ética del conocimiento”. Esta propone que, un profesional de enfermería al cuidado de la sexualidad no deberá ofrecer a los seres humanos que cuida información surgida de su imaginación o conjeturas; es pues necesario que esté dispuesto a continuar su formación teórica, además, contrastar constantemente lo aprendido tanto en el ámbito teórico como el práctico.

Para el cuidado de la sexualidad, es fundamental que los profesionales de enfermería sean conscientes de su desconocimiento y procuren estar en constante actualización teórica y práctica, acerca de los temas necesarios para solucionar las necesidades de los seres humanos. Esto se refleja cuando, frente a la adquisición de conocimientos, el profesional de enfermería superpone el respeto, la credibilidad y la responsabilidad, principios relacionados con la ética del conocimiento. “...usted le permita al otro tranquilidad, pero también mucha responsabilidad, porque es que esa responsabilidad, va de la mano con eso, con que yo sepa realmente de qué estoy hablando y que es lo que voy a decir y responsabilidad con la idea de no sesgar” An13 (78).

En la adquisición de aprendizajes los profesionales de enfermería reconocen la relevancia que tiene la experiencia para el acervo de conocimientos necesarios en el cuidado de la sexualidad, por lo tanto, esta se convierte en una base fundamental del conocimiento para los profesionales de enfermería. La experiencia nos habla de una exposición repetida a eventos, situaciones, temáticas y vivencias de los seres humanos. Esta exposición proporciona elementos para entrenar y perfeccionar por medio de la práctica la manera como se brinda el cuidado.

Las experiencias de cuidado aportan al aprendizaje, transformándose en un conocimiento proveniente de lo práctico, permitiendo que los profesionales de enfermería, mejoren la manera de cuidar. Los conocimientos adquiridos a través de la práctica se relacionan con estrategias para cuidar, desarrollo de capacidades en determinadas áreas de cuidado y el desarrollo personal de los profesionales de enfermería.

En los conocimientos prácticos adquiridos por los profesionales de enfermería sobre las estrategias para cuidar de la sexualidad encontramos una amplia variedad, desde “trucos o tips” que podrán poner en práctica en diversas situaciones y/o contextos, hasta estrategias que ayudan a mejorar la comunicación con los seres humanos.

Las estrategias aprendidas están acompañadas por la capacidad creativa de los profesionales de enfermería, quienes las usan para identificar conocimientos, actitudes y prácticas (creencias, tabúes), e implementar nuevos abordajes que fomenten la capacidad que tienen los seres humanos de recrearse, innovarse y reconstruir sus vivencias sexuales para el empoderamiento de sí.

En relación a las estrategias aprendidas durante las experiencias de cuidado, el profesional de enfermería va adquiriendo también la habilidad de elegir cuál es la mejor opción a implementar, teniendo en cuenta el contexto físico y el contexto cultural Ej: contrastar las diferentes estrategia a realizar en distintos lugares geográficos (uno con restricción para tratar temas sexuales y otros sin restricción), así como, las diferencias frente a la interacción de lo corporal, al trabajar con población indígena o con población no indígena.

Esta habilidad de elegir de acuerdo a las condiciones particulares de quien es cuidado, posibilita a los profesionales de enfermería ser más asertivos al momento de brindar cuidado sexual. El conocimiento adquirido a través de la experiencia con el otro proporciona fundamentación conceptual en la práctica profesional.

Las experiencias significativas, suelen estar relacionadas con la proximidad en el cuidado y nutren los aprendizajes, ya que estos se convierten en significativos cuando el profesional de enfermería permite que los seres humanos con los que interactúa le enseñen. Los aprendizajes provenientes de esta vinculación instructiva pueden llegar a ser de un alto contenido emocional y propiciar transformaciones profundas, tales como, cambio de preconcepciones, modelación de su temperamento y romper esquemas de cuidados preestablecidos.

Algunos ejemplos de las enseñanzas que los seres humanos brindan a los profesionales de enfermería durante las experiencias prácticas son: “aprender a disfrutar la vida, a entender un poquito lo complejo que somos los humanos frente al amor, y a las parejas, el apego a la vida, entender que en sexualidad todos somos iguales” An11 (76), An11 (87); este ser igual, implica que tanto profesional de enfermería como ser humano cuidado pueden tener miedos, dudas, preconcepciones e incluso diferencias en la percepción de lo que implica la sexualidad en la intimidad y en lo social. Así que, estos aprendizajes significativos provenientes de las experiencias prácticas de cuidado, dan al profesional de enfermería las precisiones sobre cómo entender y transformar la práctica, haciendo del conocimiento aprendido un insumo para el cuidado.

Los conocimientos de los profesionales de enfermería afianzados por el aprendizaje que surge de la experiencia, permite una transformación de la manera como se realiza el cuidado, estas transformaciones, propician en los cuidadores la adquisición de profesionalismo, lo que implica la integración de la confianza, la prudencia, la capacidad de asombro, el vínculo y la capacidad de rescatar los detalles que revelan los sentimientos humanos ocultos. Este florecimiento de los conocimientos es un aporte invaluable que favorece el cuidado de la sexualidad de los seres humanos.

Otro elemento que permite mediar en las experiencias sexuales de los seres humanos son las expresiones artísticas dirigidas al cuidado, estas integran las estrategias, medios, herramientas y tácticas puestas en acción para realizar cuidados relacionados con la sexualidad de los seres humanos.

7.3.2.3 Expresiones artísticas dirigidas al cuidado

Las expresiones artísticas dirigidas al cuidado sexual son respuestas a condiciones inarmónicas que presenta el ser humano, de las cuales es incapaz de

desvincularse. Los elementos que integran el ser humano pueden estar en desequilibrio o desbalance, impidiendo que se armonice la sinfonía en la cual está contenida la vida humana; estos desacordes o disonancias presentes en las vivencias, darán pauta para que el ser humano aprenda sobre sí mismo, y serán motivo para que los profesionales de enfermería ideen e implementen alternativas en busca de la armonía.

Las desarmonías que puede presentar un ser humano a lo largo de su experiencia corresponden, bien a su corporalidad, capacidad mental, concientiva o etérea. Teniendo en cuenta que los seres humanos buscan una afinación armónica de sí mismo, una sinfonía que suene acorde a sí mismos, los profesionales de enfermería son mediadores entre las vivencias de los seres humanos y la búsqueda de alternativas que les permita desvincularse de los elementos que generan desarmonía o desequilibrio.

La manera en la cual los profesionales de enfermería presentan las diferentes alternativas a los seres humanos, de manera que estos puedan elegir la forma en la que se desvinculan de los elementos que les generan desequilibrio o desarmonía, son diversas y variadas, a estas maneras de ofrecer alternativas, es lo que hemos llamado estrategias.

Como parte de las estrategias o expresiones artísticas dirigidas al cuidado encontramos: la comunicación integrada al diálogo, la escucha y la indagación, además, la educación y la reflexión, las cuales, son el sustento de otras estrategias o expresiones artísticas tales como: la ejemplificación de contrastes (ley de opuestos o contrarios), el contacto y la proximidad vista como una compañía reflexiva, flexible y comprensiva (ser cómplice). Las estrategias se entrelazan con los deseos, expectativas y vivencias que tienen los seres humanos, siempre en pro de su construcción y proyección de sí mismo en el entorno.

Los profesionales de enfermería suelen mezclar las diferentes estrategias y presentarla en una acción o movimiento, esto también es llamado intervención. Por tanto, suelen realizar un diseño ajustado al ser humano, en el cual se presentan alternativas sobre cómo construir o mantener su balance, este diseño permite incluir diferentes estrategias, las cuales son presentadas a manera de caminos que permitan armonizar la experiencia de vida, esto ha sido catalogado por los participantes como “un plan de cuidado”.

La comunicación es considerada una expresión artística fundamental, dirigida a los seres humanos, es en sí misma la materia prima para indagar, escuchar y reescribir la educación relacionada con sexualidad, así como, invitar a la reflexión,

ejemplificar los opuestos y pactar acuerdos, esto forma parte del acompañamiento y la complicidad.

La comunicación permite tener acceso a expresiones abiertas y claras, en la cuales se logran dilucidar los elementos que desequilibran o desarmonizan las construcciones de los seres humanos; como una forma de descubrir los intereses, preferencias y expectativas de los seres humanos, indagar se torna en un elemento fundamental para lograr evidenciar los eventos, pensamientos o comportamientos que generan desarmonía en ellos, evidenciando sus necesidades, o aspectos problemáticos. Estos aspectos problemáticos pueden estar representados en los mitos, miedos o preconcepciones sexuales que limita la toma de decisión libre.

En la indagación es posible recoger elementos relacionados con la corporalidad (examen físico) y con las vivencias de los seres humanos (prácticas y comportamiento). Indagar puede compararse con escudriñar, pues, la intención al ejercer esta acción es lograr identificar que está faltando, sobrando o sucediendo en las prácticas o vivencias humanas que impidan el equilibrio de un ser humano. Indagar implica, profundizar en los impactos e incidentes físicos, mentales y sociales que pueden afectar a los seres humanos, en la manera como expresan y vivencian la sexualidad. A sí mismo, esta indagación dialógica nos habla de una invitación hecha por el profesional de enfermería, en la cual se afianza el vínculo por medio de la interacción, lo que propicia en el ser humano cuidado, la posibilidad de ejercer una acción que le permita la toma de decisiones.

Por tanto, indagar no se trata de un cuestionario de preguntas sueltas sino de un acercamiento en el cual se capta la intimidad; se trata de una indagación reflexiva, el cual se busca rescatar los elementos que tienen los seres humanos para enfrentar sus situaciones o procesos relacionados con sus vivencias. En esta, pueden incluirse asuntos como la forma en la que un ser humano se comunica con su pareja, cuestionamientos sobre cómo se siente con él o ella y la forma en la cual establece un diálogo con esta. Esta indagación reflexiva, también, busca promover en los sujetos la reflexividad, la cual florece como un elemento para la construcción del ser humano.

La reflexión, es una de las estrategias o expresiones artísticas dirigidas al cuidado, más importantes. Esta se sustenta en el diálogo y la indagación, pues, no es posible reflexionar, si no se sabe, ni se conoce, sobre los que se debe reflexionar. Así que, la reflexión es una estrategia que sobreviene luego adquirir información sobre lo que sucede en las vivencias de los seres humanos. Se indaga, se conoce y posteriormente se reflexiona sobre el evento, práctica o vivencia previamente

identificada. Con la reflexión, los profesionales de enfermería a través del uso del pensamiento, evalúan y disciernen, para buscar o generar alternativa que propicien interacciones armónicas con los seres humanos. Es importante aclarar que esta estrategia es el sustento para la educación, el discernimiento de las vivencias y un abono que abre las posibilidades a la construcción y la transformación.

La educación como una estrategia o expresión artística dirigida al cuidado de la sexualidad, tiene el objetivo sentar las bases para generar un cambio o una transformación. También, puede ser utilizada como un instrumento para defender posiciones e incluso restablecer derechos, en especial cuando se utilizan elementos presentes en la legislación, tales como, los derechos sexuales y reproductivos, los cuales se desempeñan como un sustento para reivindicar la libertad sexual y la autonomía de los seres humanos. En esta estrategia, se presentan diversas alternativas como un abanico de posibilidades que ayuden en la construcción de las experiencias vividas por los seres humanos.

La educación debe permitir las expresiones abiertas de los seres humanos sobre sus miedos, tabúes, curiosidades, comportamiento y emociones. Utilizando la comunicación y reflexividad como sustentos los profesionales de enfermería se centran en lograr emitir, transmitir o difundir un mensaje que resuene en lo íntimo del ser humano cuidado. La educación es un medio para armonizar los elementos que conforman los aspectos internos de un ser humano.

Con la educación se debe generar los acordes necesarios para comunicar los distintos elementos, que el ser humano busca o necesita en la reflexión y construcción de su vivencia sexual, como una clave para sonar en el entorno. Si esto no es posible, se debe apelar a la creatividad con el objetivo de transformar esta estrategia; esto implica reescribir la manera como se está educando, con la pretensión de lograr una expresión resonante que aporte a la conjunción de la heterogeneidad sexual de cada ser humano.

Reescribir la educación como una estrategia para el cuidado de la sexualidad, representa un reto para los profesionales de enfermería, los cuales suelen reflexionar sobre las mejores formas de educar, en las cuales, se tengan en cuenta las capacidades individuales del ser humano que se cuida. Un ejemplo de esto en los datos se identifica cuando el profesional realiza actividades educativas a seres humanos con capacidades auditivas y/o visuales diferentes (sordos y mudos), las técnicas para promover la reflexión, el discernimiento y la comprensión de los temas deben ser variadas, creativas e incluso fuera de las convenciones cotidianas reconocidas en la educación formal.

A continuación veremos una ampliación de las expresiones artísticas dirigidas al cuidado en la sexualidad de los seres humanos entre las cuales tenemos: la ejemplificación de contrastes (ley de opuestos o contrarios), el contacto y la proximidad vistos como una compañía reflexiva, flexible y comprensiva (ser cómplice), las innovaciones creativas y la transcripción del cuidado sexual. Iniciaremos describiendo los dos últimos.

-Innovaciones creativas

Las innovaciones creativas de expresiones artísticas dirigidas al cuidado sexual se presentan como alternativas que tienen un propósito, el cual está relacionado con brindar información que media la reflexividad en los seres humanos, e incluso siembre la simiente para el cambio de pensamiento.

Innovar creativamente es una facultad del profesional de enfermería que cuida de la sexualidad de los seres humanos; donde se hace uso del arte como el lenguaje a través del cual se propaga la concientización sobre sí mismo, pretendiendo que, cada ser humano llegue a la conjunción de su heterogeneidad sexual. Estas innovaciones requiere de asuntos tales como: el ingenio y la afinidad, la capacidad artística, la flexibilidad y la capacidad de adaptación.

La creatividad requiere de un impulso que podríamos llamarlo ingenio, pero, se sustancializa a través de la afinidad que tengan los profesionales de enfermería hacia el cuidado sexual. El ingenio, es una capacidad innata del profesional de enfermería la cual se sustenta en la afinidad. En esta capacidad se utiliza la imaginación y la inventiva para proponer formas más armónicas y fluidas de interactuar con el ser humano, a fin de ofrecer elementos que aporten a la solución de sus necesidades y a su construcción. La afinidad como partícipe del ingenio es un canal de comunicación entre el profesional, su deseo de cuidar y las expectativas de los seres humanos.

Desde este punto de vista, la afinidad deja de ser un simple interés y se convierte en una estrategia a través de la cual el profesional de enfermería adquiere la capacidad de acoplar el cuidado a las necesidades del otro, es por tanto, un tipo de comunicación-acción, en ocasiones imperceptible, que potencia la interacción fluida entre el cuidador y el ser humano cuidado. Sin el interés por parte de los profesionales de enfermería por vincularse a la temática sexual, el cuidado de la sexualidad no encontraría la tierra fértil en el cual se siembre el diálogo y la disposición por interactuar con el otro.

La capacidad artística relacionada con el cuidado de la sexualidad, es una forma de expresión y manifestación a través de la cual, los profesionales de enfermería utilizan elementos creativos y novedosos para emitir, transmitir o difundir un mensaje que impregna lo íntimo del ser humano cuidado. Con esta capacidad los profesionales de enfermería se proponen generar los acordes o argumentos necesarios para comunicar los distintos elementos que el ser humano busca o necesita en la reflexión y construcción de su vivencia sexual.

En las expresiones artísticas, el profesional de enfermería usa diferentes lenguajes ya creados en otros ámbitos; es así como, su capacidad artística por transmitir, se apoya en la pintura (elaboración de collage), las imágenes en movimiento (cinematografía; serie de televisión), representaciones teatrales (performance, juego con mímica) y el proceso dialógico; también, se apoya en otras áreas del conocimiento, como una estrategia para cuidar de la sexualidad humana.

Estas estrategias están acompañadas por la capacidad creativa de los profesionales de enfermería, quienes buscan con las anteriores estrategias, además del reconocimiento de la propia corporalidad, identificar conocimientos, actitudes y prácticas (creencias, tabúes), evidenciar, eventos inarmónicos de miedo, rabia, angustia o dolor, para implementar nuevos abordajes tras los cuales, se acrecienta las capacidades que tienen los seres humanos de recrearse, innovarse y reconstruir sus vivencias sexuales para el empoderamiento de sí.

En algunas ocasiones las estrategias o expresiones artísticas permiten crear e implementar nuevas alternativas que sobrepasan los procesos de cuidados establecidos. La creación de alternativas novedosas, fluidas y flexibles por parte de los profesionales de enfermería, es lo que proporciona un avance en las técnicas y propuestas de cuidado ofrecidas por la disciplina.

El uso de diferentes representaciones artísticas nos habla de la flexibilidad que tiene el profesional de enfermería para moverse de una alternativa a otra, con la intención de encontrar la más acorde al ser humano que cuida. Con frecuencia, en la búsqueda de alternativas, el profesional de enfermería suele salirse de lo convencional y hacer uso de su innovación creativa para fusionar, reorganizar, incorporar e incluso descartar distintas técnicas y estrategias en el camino por transmitir de forma artística la melodía necesaria para la armonización de la vivencia humana.

Las expresiones artísticas innovadoras y creativas exigen de los profesionales flexibilidad y una amplia capacidad resolutoria frente a la frustración, cuando no se logra brindar un cuidado a la medida del ser humano. Esta flexibilidad se realimenta de la tenacidad para intentar de forma constante ofrecer nuevas alternativas.

En las expresiones artísticas que denotan innovación, los profesionales de enfermería utilizan su capacidad de adaptación y logran aprovechar los beneficios de las acciones divertidas y afables que permitan a los seres humanos conectarse con sensaciones placenteras, propiciando mayor interés en la comprensión de un evento o vivencia sexual, al ser este contrastado con la realidad de una forma libre, fresca, móvil y armónica.

En la adaptabilidad de acciones creativas dirigidas al cuidado que permitan innovar, es fundamental el dinamismo; este se relaciona con la posibilidad de hacer divertido los eventos de cuidado, permitiendo un intercambio placentero que propicia el aprendizaje y favorece la captación la información, abriendo la posibilidad a una reflexión sin la carga de lo punitivo. Los eventos placenteros propician, desde el punto de vista fisiológico, la liberación de hormonas dopamina y adrenalina, que en las conexiones cerebrales desencadenan impulsos placenteros; estos, al ser vinculados mentalmente con un evento, facilitan la capacidad de reflexionar fluidamente, sobre asuntos trascendentes para la construcción de una sexualidad balanceada e irradiada.

Esta adaptación creativa, exige del profesional de enfermería un amplio conocimiento de técnicas y experiencias las cuales implementa, transforma o combina según cada caso particular de cuidado. Este dinamismo, acción o movimiento, tiene como finalidad promover la reflexividad sobre las vivencias sexuales, por tanto, la adaptación de las expresiones creativas dirigidas al cuidado, parte de actividades o acciones divertidas, placenteras y frescas, en busca de la satisfacción y en especial de la comprensión.

Las innovaciones creativas son formas de actuar frente al propósito de cuidar de la sexualidad humana, haciendo uso del arte como el lenguaje mediante el cual se propaga la concientización sobre sí mismo, con la pretensión que cada ser humano llegue a la conjunción de su complejidad sexual.

Las interacciones del cuidado sexual mediadas por innovaciones creativas, se valen de expresiones gráficas y lúdicas para mostrar las avenencias y desavenencias de las vivencias relacionadas con el respeto y el auto-respeto, como punto de partida para la reflexión sobre sí mismo. Desde este punto de vista

encontramos la creatividad como un elemento clave en el fomento de la reflexividad.

Como parte de las acciones creativas encontramos que las estrategias educativas para brindar información que promuevan la reflexividad integran: la libertad de expresión durante las interacciones, la introspección y el contraste Ej: juego de roles. Este tipo de estrategias permiten visualizar las disparidades frente a gustos y preferencias sexuales, que tienen los seres humanos Ej: disparidad en asuntos sexuales entre padres e hijos; facilitando al profesional de enfermería identificar cuál expresión artística puede ser más acorde para fomentar la reflexividad.

En las innovaciones creativas, el uso, la asertividad frente al lenguaje y la comunicación son importantes. El diálogo como elemento creativo en el cuidado de la sexualidad, usa las palabras, gráficos o gestos, para promover la capacidad comprensiva durante los momentos de interacción; este es una pieza clave en la transmisión de información. En el diálogo, el ser humano cuidado es tomado como un interlocutor válido, el cual proyecta su razonamiento y camina hacia la comprensión de sí.

El párrafo anterior también nos indica, que las innovaciones creativas de las expresiones artísticas dirigidas al cuidado sexual, facilitan a los profesionales de enfermería hacer una transcripción de la información, vivencias y experiencias presentes durante el cuidado. Algunas de estas pueden ser vistas en el (Anexo 14).

-Transcripción del cuidado

En el cuidado de la sexualidad, los profesionales de enfermería se embarca en la labor de hacer una transcripción de este, en esta estrategia usan diversos signos gráficos, los cuales, cabe aclarar, no se representan en un papel, sino a manera de vivencias durante la interacción, facilitando adaptar las expresiones que los seres humanos requieren para la comprensión de diversos asuntos relacionado con el cuidado sexual.

El profesional de enfermería como transcriptor, se encuentra con la posibilidad de propiciar nuevos lenguajes de cuidado, los cuales en ocasiones suelen ser creativos e innovadores. La pretensión de los profesionales es ofrecer cuidado a los seres humanos en su aspecto sexual y a través de la transcripción lograr brindar información precisa, clara y útil.

La innovación y creatividad en la transcripción son valiosas, pues, durante el contacto inicial el profesional de enfermería desconoce al ser humano que tiene enfrente, por lo cual, debe hacer uso de su experiencia y creatividad para lograr adentrarse en lo íntimo, de manera que el mensaje que transmite sea significativo para el ser humano que cuida.

El cuidado es entendido como un fin último en todas las interacciones entre el profesional de enfermería y el ser humano, para su transcripción, no siempre se utiliza de forma explícita la palabra “cuidado”, pues esta palabra, puede significar para algunos seres humanos, en especial la población joven, un pare e incluso una idea de juicio, imposición o mandato sobre lo que se deben hacer o cómo actuar; los profesionales de enfermería centrados en la interacción, transcriben el cuidado propuesto como una proyección de la vivencia humana en la cual el respeto por sí mismo y los otros, la responsabilidad de apropiarse de sí y la construcción de una vivencia libre acorde con sí mismo son el fundamento.

La transcripción del “cuidado” lo podemos encontrar en vivencias que están marcadas por la enfermedad, la soledad, el miedo, el tabú, el dolor o la incompreensión frente a las experiencias que los seres humanos están teniendo. En la búsqueda de una transcripción del cuidado que sea significativa para los seres humanos cuidados, el profesional de enfermería debe tener en cuenta el acercamiento dialógico, el contexto, lo corpóreo y la temporalidad como elementos que integran al ser humano en las vivencias o experiencias que tienen.

El acercamiento dialógico en la transcripción del cuidado es una piedra angular, pues, si este acercamiento no está lo suficientemente afinado, el mensaje transcrito perderá valor y significado. Cuando se habla de un acercamiento dialógico afinado, se hace referencia a un lenguaje suficientemente claro, con palabras, gráficas o acciones que sirvan como intermediario en la transcripción, este deberá contener representaciones o signos comunes, con las cuales los seres humanos se encuentren familiarizados o identificados.

Sin estos signos comunes, la información que se pretende ofrecer, carece de significado y validez. Por tanto, la afinación del lenguaje en el acercamiento dialógico se hace acorde a las perspectivas de los seres humanos cuidados. Con la afinación se busca construir una conexión que permita el acercamiento y la transcripción del cuidado en formas coherentes para el ser humano, lo que a su vez, permite una continuidad dialógica; de lo contrario la transcripción se vería interrumpida por signos incomprensibles.

La claridad del lenguaje durante el acercamiento dialógico que se da en la transcripción del cuidado sexual, ofrece la oportunidad de identificar la constancia discursiva como una estrategia valiosa. Esto indica que debe usarse constantemente los mismos elementos claves del discurso, en diferentes escenarios, para promover el cuidado de sí en los seres humanos, de manera que pueda acercarse a la información y tener la oportunidad de comenzar la reflexionar en ella.

Otro asunto importante en la transcripción del cuidado de la sexualidad es el contexto, este es un lugar físico y/o mental en el cual habita cada ser humano, así que, para adentrarse en lo íntimo de manera que el mensaje transcrito sea significativo, inicialmente se debe tener contacto con el ser humano el cual estará inmerso en su entorno. Para esto, se requiere de creatividad, pues hay tantos entornos como seres humanos y cada uno requerirá de una forma particular de transcripción.

El valor que tiene la inclusión del contexto en el cuidado de la sexualidad es la posibilidad de vislumbrar y comprender los espacios en los que confluyen la vivencia y la realidad humana, facilitando la implementación de estrategias para que sea entendido un mensaje. En este sentido, es importante reconocer que pese a la apertura o disposición mental del profesional de enfermería para tratar un tema sobre el cuidado de la sexualidad, la pauta de cómo debe ser tratado la da el ser humano y el contexto en el cual está inmerso. De tal forma que, las transcripciones del cuidado sexual deben realizarse de manera prudente y cautelosa, procurando no irrumpir abruptamente o utilizar lenguajes o expresiones que puedan distanciar o fracturar la posibilidad de transmitir un mensaje significativo.

La inclusión del contexto en la transcripción del cuidado sexual permite asertividad en la reproducción del mensaje, pues este se construirá fundamentado en las inquietudes particulares de cada ser humano, enmarcado en su espacio físico y simbólico, así como, en la etapa del ciclo vital por la cual transita. La asertividad surgida por el conocimiento del contexto, desarrolla la capacidad de reconocer ¿dónde?, ¿cuándo? y ¿cómo? abordar ciertos temas relacionados con lo sexual.

En la transcripción del cuidado sexual la corporalidad también resulta ser un asunto a tener en cuenta, pues, es precisamente por medio del cuerpo físico como los seres humanos materializamos las interacciones que tenemos con el entorno circundante. Así que, los profesionales de enfermería procuran leer en lo corpóreo, intentando extraer las vivencias o experiencias, que en ocasiones no son puestas en palabras, pero, que son expresas a través del cuerpo, intentando transcribirlas

para su reflexión y comprensión. Con frecuencia, lo corporal tiene un lenguaje con el cual los seres humanos no se encuentran familiarizados. En ocasiones los profesionales de enfermería se constituyen en intermediarios entre diversos lenguajes, uno corpóreo y otro vivencial, esto implica hacer una reflexión consciente del sentir corpóreo, para que sea interpretado a través del raciocinio, de modo que la información sea usada por el ser humano para la comprensión e incluso transformación de su vivencia.

En la transcripción del cuidado de la sexualidad, la corporalidad es un punto de partida que comparten todos los seres humanos; es con frecuencia utilizado como una puerta de entrada para iniciar un proceso educativo que se relacione con lo sexual. Del mismo modo, es importante que los profesionales incluyan siempre lo contextual, considerando la etapa que vivencia el ser humano cuidado (temporalidad), pues, en caso de desconocerse, el uso de la corporalidad como alternativa para la transcripción del cuidado sexual podría tornarse en un evento inarmónico e incluso ser mal interpretado.

Podría pensarse que la transcripción del cuidado sexual se hace de la misma forma con grupos o con una persona, en ambos casos se tendrán en cuenta asuntos relacionados con el conocimiento de sí, la identificación de sus limitaciones y fortalezas, igual que, la concepción de sí mismo y para sí mismo. No obstante, siempre deberá tenerse en cuenta los diferentes contextos, la etapa o vivencia por la que el ser humano transita, su ritmo, la forma de comprender las experiencias y de comunicarse, de manera que, en la transcripción del cuidado deberá tenerse en cuenta estas particularidades.

La transcripción del cuidado sexual de un ser humano o un grupo, difiere principalmente en las actividades a través de las cuales se realiza el proceso de transcripción; en el caso de un ser humano es frecuente utilizar preguntas claves a fin de adentrarse en lo íntimo, por ejemplo: “¿usted qué quiere, como persona?, ¿usted qué piensa, que va a decidir frente a esa situación?, ¿hasta dónde va a llegar?” An4 (47); mientras que en el caso de los grupos, las actividades pueden ser menos particularizantes, por ejemplo: los participantes realizan preguntas de forma anónima sobre el tema que les interese, las cuales irán a una urna y finalmente serán respondidas como parte de una puesta en común general.

En la transcripción del cuidado sexual, la experticia del profesional tiene un papel relevante, pues, haciendo uso de esta podrá decidir ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde? y ¿cuál es la manera más asertiva de transcribir el cuidado?; esta experticia se encuentra estrechamente relacionada con la experiencia adquirida por los profesionales de enfermería durante los momentos de interacción. Haciendo uso

de su experticia, los profesionales de enfermería usan diversos signos gráficos a manera para la transcripción del cuidado, algunas de estas son: sinonimias, convenios, uso de lo corpóreo como un carácter transmisor, la espontaneidad y el diálogo.

En lo referente a las sinonimias, los profesionales de enfermería suelen utilizar los elementos presentes en la naturaleza o en lo corpóreo para acercarse a los seres humanos, del mismo modo, indican la naturalidad de algunos eventos emocionales, físicos o mentales por los que puedan estar pasando los seres humanos.

La corporalidad es con frecuencia utilizada como un medio para promover la fluidez, seguridad y confianza al momento de iniciar el acercamiento, cuando se tratan temas relacionados con la sexualidad. Esto indica, que el cuerpo participa como intermediario entre las sensaciones provenientes de los órganos de los sentidos y las vivencias íntimas de los seres humanos, revelándose como un elemento importante para transcribir sensaciones y plasmar la espontaneidad necesaria para un encuentro en el cual los seres humanos logren vincularse. Los profesionales de Enfermería promueven la expresión corporal de manera integral, de tal forma que, el cuerpo participe con plenitud en la expresión de sí mismo. Este tipo de actividades proporcionan libertad, naturalidad y espontaneidad al momento de interacción, donde los seres humanos se expresan sin censuras o juicios, dando lugar a la empatía como un primer paso para el establecimiento de la confianza. Este tipo de técnicas también muestra otras ventajas, al ser posible por medio de estas, reconocer el lenguaje acostumbrado por el ser humano cuidado, usándolo posteriormente en una transcribir el cuidado.

En la transcripción del cuidado sexual, se suele realizar una interacción dialógica, la cual, se convierte en una estrategia a través de la cual se transcribe el cuidado para llegar a convenios. Este asunto de hacer un convenio está relacionado con la unión o consenso que surge en la convergencia de ideas presentes en el diálogo establecido entre el profesional y el ser humano cuidado, lo que permite incluso reconciliar perspectivas distante (Religión y sexualidad). Los convenios pueden darse sobre diversos aspectos, por una parte, está el compromiso generado por el profesional de enfermería sobre la forma en la cual aborda el cuidado de la sexualidad en un grupo, lugar o contexto determinado. El otro aspecto del convenio es cuando el ser humano por medio del proceso reflexivo logran hacer un compromiso consigo mismo y con la manera como proyectará su vivencia sexual. Este tipo de convenio ha sido llamado en los datos: “un cierre con compromiso” An5 (127).

Este asunto de hacer convenios como parte del proceso de transcripción del

cuidado, permite corroborar que el intercambio dialógico presente en la transcripción se realizó de forma comprensiva, pues, los participantes de dicho diálogo, tienen la capacidad de llegar a convencios o compromisos frente a lo vivenciado o experimentado.

La transcripción del cuidado a través de un lenguaje claro, ofrece la oportunidad a los seres humanos de tener los elementos necesarios que les permita decidir, construir o transformar sus vivencias sexuales. En todo proceso de transcripción, se requiere estar cerca del ser humano cuidado. Este asunto de estar cerca se revela como otra estrategia o expresión artística en el cuidado de la sexualidad, “la proximidad”.

-Aprendizaje por proximidad

Aprender utilizando la proximidad, indica que el ser humano en continuo contacto con el profesional de enfermería aprende sobre sí mismo y sobre el cuidado de la sexualidad, a la par que el profesional en contacto próximo con el ser humano que cuida, aprende nuevas estrategias y técnicas para continuar cuidando.

Si nos detenemos en el término proximidad, encontramos que este se torna más que en una estrategia utilizada por los profesionales de enfermería para cuidar de los seres humanos; esta proximidad es una permanencia en la que el estar ahí presente y en continuo contacto es la base para realizar una interacción íntima con el otro que se cuida, así como, la clave para conocer y reconocer en el otro lo que realmente sucede en su corporalidad o en sus representaciones etéricas de la realidad.

La proximidad en este sentido se nos presenta como un acto, una acción mediante la cual los profesionales de enfermería reconocen y atiende el llamado que realizan los seres humanos. Este acto es visto por algunos profesionales como “atender” desde su etimología viene del latín *attendere*, formada del prefijo *ad-* (proximidad) y el verbo *tendere* (tender o estirar), y presenta un doble significado: en castellano es usado para denotar el acto de ayudar y en inglés *attend* usado para referirse al acto de estar presente. De tal forma que, es considerado bien para ayudar o simplemente estar presente, la proximidad es el acto a través del cual, los profesionales de enfermería expresan el cuidado. La importancia de la proximidad radica en que el cuidado es un asunto que se realiza tanto en la corporalidad como en las vivencias que el ser humano experimenta, y que a esta corporalidad, así como a las vivencias, no se puede acceder sino durante una interacción, siendo la proximidad un medio de acceso pleno y tangible.

El cuidado de la sexualidad es un asunto que requiere de la proximidad, pues, internarse en la intimidad requiere de confianza y confidencialidad, las cuales se afianzan de forma relevante a través de la proximidad. Cuando el profesional de enfermería logra por medio de esta proximidad acercarse a lo íntimo del ser humano, los cimientos para el cuidado de la sexualidad se han puesto en acción. La proximidad es un elemento que acrecienta la confianza y la confidencialidad del ser humano cuidado hacia el profesional de enfermería, permitiendo que tanto la interacción como los mensajes que se expresan durante esta, tenga una mayor resonancia al comunicarse con lo íntimo de cada ser humano.

El acto de estar próximo, de estar ahí, de acompañar asegura cierta permanencia y protección, a la cual, los seres humanos responden con receptividad e interés. Esto permite una mejor transmisión de un mensaje o alternativa de cuidado, propiciando a la vez la adquisición de aprendizajes, que podrán ser utilizados para el crecimiento personal.

La proximidad indica no solo estar cerca, sino poner atención, estar atento a lo que el ser humano vive y siente; dando la posibilidad a los profesionales de enfermería de ofrecer a los seres humanos que cuida confort, así como, la sensación de sentir que alguien está ahí para ellos, o sea, de sentirse acompañados. Esto ofrece a los profesionales de enfermería el estatus de un ser humano que se interesa por el desarrollo humano, en un nivel donde supera la relevancia de una enfermedad o la presencia de una afección física.

Desde la perspectiva de los profesionales de enfermería, la proximidad que surge de la experiencia que viven al momento de cuidar de los seres humanos, refrenda la adquisición de diferentes conocimientos, los cuales, son puestos en práctica con un nuevo acto de proximidad, esto permite que los conocimientos sean confirmados y afinados afín de ser utilizados en posteriores interacciones durante los momentos de cuidado. Lo anterior es lo que llamamos: aprendizaje por proximidad.

Los conocimientos adquiridos por la proximidad, facultan a los profesionales de habilidades para captar sensaciones más allá de las expresiones verbales, leer más allá, y lograr percibir o intuir, a través de las habilidades desarrolladas, si existe armonía o desarmonía durante los momentos de cuidado, de manera que, los eventos de inarmónicos puedan ser transformados por el profesional de enfermería para mejorar la interacción.

El conocimiento ofrecido por la proximidad, ayuda al profesional de enfermería a realizar interconexiones trascendentes durante los momentos de cuidado, las cuales, hacen de la proximidad un principio creativo, en búsqueda de una autoconciencia que organice la capacidad de ser consciente de sí mismo y de experimentar las vivencias más allá de los preceptos establecidos por el entorno, centrado en la posibilidad de hacer una unidad de sí mismo, en la cual integre su propia realidad.

Con la proximidad del profesional de enfermería hacia los seres humanos, surgen las acciones particulares utilizadas para el cuidado de la sexualidad, del mismo modo, el reconocimiento de cuál actividad debe ser usada en determinado momento. La principal fuente de conocimiento en el cuidado de la sexualidad es el mismo ser humano, el cual a través de la proximidad ofrece al profesional las claves o tips para utilizar en su propio cuidado, relacionado con temas sexuales.

Los profesionales de enfermería, también aprenden al aproximándose a los componente teóricos ofrecidos por la disciplina de enfermería o por otras disciplinas; de la misma manera que, a profesionales de diversas áreas del conocimiento; con esta proximidad, el profesional aprende acerca del abordaje sexual desde diversos planos (físicos, psicológicos y sociales) a la par que acrecentar su acervo de conocimientos, sobre los cuales se sustentan los cuidados sexuales que ofrecen a cada ser humano, acorde a sus requerimientos. Resaltando el valor teórico de las diversas áreas de conocimiento, es común que los profesionales utilicen la proximidad para determinar cuándo los seres humanos necesitan una atención más especializada, propiciando la posibilidad de remitir a otros profesionales.

La proximidad a los componentes teóricos, bien provenientes de la disciplina de enfermería o de otras, suelen ser sustentados, afinados y confirmados por la proximidad que tengan los profesionales de enfermería a los seres humanos que cuida, por tanto, el cuidado de la sexualidad es un asunto que se expresa por medio de lo práctico, debido a que las representaciones teóricas del cuidado carecen de utilidad si no se centran en procesos prácticos nacidos de la interacción y fundamentados en la individuación.

Los profesionales de enfermería suelen combinar con frecuencia la proximidad con otra estrategia o expresión artística dirigida al cuidado sexual, esta es la ley de opuestos y contrastes, a través de la cual, el ser humano es invitado a reflexionar. En esta ley, suele hacerse una transformación del proceso convencional del riesgo como un asunto negativo y utilizarlo como un asunto instructivo.

-Revolución a través de reflexión de opuestos o contrastes

La revolución a través de reflexión de opuestos, es una estrategia o expresión artística dirigida al cuidado para invitar a lo reflexivo a partir de los opuestos, resalta la potencialidad que hay en lo reflexivo para el proceso de transformación en las vivencias humanas. Lo opuesto está relacionado con la propuesta que hace Aristóteles en su texto la metafísica libro quinto [16] acerca del término. En esta lo opuesto indica la imposibilidad de la coexistencia de dos asuntos y por tanto, al no poder coexistir son opuestos en sí mismos o en sus principios. Esta propuesta realizada por Aristóteles, la hemos transferido al cuidado de la sexualidad de los seres humanos. En los momentos de la interacción en el cuidado, los profesionales de enfermería hacen énfasis en el ser humano y el valor que tiene el respeto a los otros, de tal forma que, la ausencia del respeto se presenta como un opuesto a la posibilidad de un vínculo afectivo centrado en lo amoroso. Lo que hace interesante la ley de opuesto como un elemento utilizado frecuentemente por los profesionales de enfermería que cuidan de la sexualidad de los seres humanos, es la manera en la cual estos opuestos son presentados.

La ley de opuestos se relaciona con los elementos que van en contradicción con el proyecto o plan de vida que el ser humano ha trazado. Si un evento va en contra de las proyecciones que el ser humano hace, estará en oposición a la construcción deseada de sí mismo. El uso de la ley de opuestos es presentada por nuestros participante como un asunto aprendido desde la formación académica, acá la visión biológica y de riesgo tiene una gran importancia, no obstante, los profesionales de enfermería durante el proceso de interacción con los seres humanos van aprendiendo que esta visión biológica es limitada, por lo que procuran ampliar su visión hacia una que les permita ver el ser humano de forma estereoscópica.

Tanto los conocimientos biológicos como la visión estereoscópica de los seres humanos, permite a los profesionales de enfermería al cuidado de la sexualidad, desarrollar estrategias para usar los opuestos como un lenguaje en el cual, de forma subrepticia se hable de los riesgos, más, de forma clara quede la toma de decisiones como el asunto fundamental y, sobre el cual se acrecienta el encuentro con su propia construcción y proyección tanto en el presente como en el futuro próximo.

La revolución a través de la reflexión de los opuestos, tiene como fin último invitar a la transformación de las vivencias; después de conocer un abanico de posibilidades, las cuales se presentan como diferentes sucesos y realidades alternas, sobre las cuales el ser humano puede decidir, el profesional de

enfermería resalta los posibles desencadenantes, y de acuerdo a estos, invita a la reflexión sobre cuál alternativa sería más acordes a la construcción que desea hacer de sí mismo y cuales se encuentran en total oposición.

En este proceso reflexivo, presentar alternativas sobre cómo podría desencadenar una vivencia, permite al ser humano ponerse en el lugar de...; o sea, que el ser humano logre ponerse a sí mismo por medio del proceso imaginativo y reflexivo en diferentes alternativas vivenciales, algunas de ellas en concordancia con lo que desea construir y otras no, esto genera un contraste, el cual es un medio para llevar al ser humanos a lo reflexivo “que pasaría si en vez de esto te sucediera aquello”.

Lograr que el ser humano por medio de la ejemplificación sea un espectador externo de las vivencias y/o consecuencias que surgirían de las decisiones que tome, ofrece la alternativa de “pensarse”. Este asunto de pensarse, se torna en el punto de partida para iniciar un proceso de cambio o transformación de los seres humanos. De pensarse, el efecto esperado es generar un choque consciente de sí mismo en tiempo presente, que le permita empoderarse y tomar las mejores decisiones para el futuro próximo de acuerdo a la construcción que desea realizar de su vida.

Para utilizar el contraste como una alternativa reflexiva, el profesional de enfermería no debe presentar las consecuencias negativas de posibles decisiones futuras a manera de juicio o resaltando las condiciones deplorables a las que pueden llegar su corporalidad, sino, enfocarse en los significados que tengan estas vivencias no acordes a la construcción que el ser humano está realizando.

Para ilustrar este proceso reflexivo a través del contraste de opuestos, el profesional de enfermería suele utilizar los eventos que puedan presentarse en la corporalidad, así como el diálogo, la lúdica y asuntos relacionados con la normatividad (programas de salud). En este empeño por propiciar la reflexión, los profesionales de enfermería se enfocan en la realidad (enseñar desde lo real) así como el respeto, el cual es visto como un medio para fortalecer los vínculos.

La corporalidad en el contraste de los opuesto es fundamental, pues es precisamente lo físico, el medio utilizado por los seres humanos para expresar la sexualidad en el mundo material o tridimensional, por tanto, los profesionales de enfermería invitan a una reflexión de los eventos, consecuencias o vivencias que pueden presentarse en lo corporal, según las decisiones que el ser humano tome.

En el uso de la corporalidad para realizar contrastes de opuestos, está sustentado por el reconocimiento de la propia corporalidad, o sea, aprender cómo es y funciona su propio cuerpo, lo que permite no solo la apropiación de lo corpóreo por parte del ser humano cuidado, sino, la posibilidad de pensar en su cuerpo y la importancia de custodiarlo. En este punto, el profesional de enfermería suele utilizar la ley de opuestos y presentar un paralelo entre los riesgos o no, a los que la corporalidad puede estar expuesta por una acción, conducta o práctica, proyectando las posibles complicaciones corporales en tiempo presente y en tiempo futuro.

En cuanto al diálogo, este elemento es la base para el uso de los opuestos como un medio para el proceso reflexivo, ya que el proceso de interacción mediante el cual los seres humanos y los profesionales de enfermería comparten sus experiencias y vivencias, está acompañado por el diálogo, bien como un acto comunicativo mediante el uso de la palabra, o por medio de representaciones artísticas como las imágenes o incluso el juego. Lo importante en este diálogo es la vinculación de mensajes, los cuales representan un significado íntimo y profundo que invite al proceso reflexivo.

Como ya fue mencionado, el juego y la lúdica están inmersos de manera efectiva al transmitir mensaje para lograr plasmar las vivencias, avenencias y desavenencias en forma artística; con estas estrategias, el ser humano logra captar un mensaje en medio de la satisfacción y placer, haciendo que los contrastes entre una posible decisión sin riesgo para su construcción y una que sí lo sea, no represente un evento restrictivo y de imposición, sino más bien, una posibilidad libre y tranquila mediante la cual los seres humanos con conocimiento cuidan de sí.

Los profesionales de enfermería, suelen utilizar lo normativo y los programas de salud institucionales para realizar contrastes enfocados en desarrollar la reflexión, como ejemplo de esto encontramos que los derechos sexuales y reproductivos son utilizados para clarificar las posibilidades y alternativas sexuales con un sustento legal, brindando la oportunidad a los seres humanos de elegir en relación a sus vivencias sexuales, así mismo, estos derechos explicados durante el momento de la interacción, buscan generar contraste y permitir identificar los preceptos existentes en los seres humanos en relación con la sexualidad, en busca de trascender la racionalidad reproductiva y proponer la reflexividad como el camino iniciático hacia la transformación de las ideas preconcebidas.

Igualmente en los programas institucionales de salud, el profesional de enfermería

trata temas en los cuales se pueden integrar la sexualidad, el cuidado y lo mental, estos temas sirven de sustento para contrastar las vivencias en los diferentes ámbitos donde el ser humano subsiste, promoviendo una reflexividad que se conjugue con lo delineando o propuesto por los entes gubernamentales, pero cimentado en la proyección que el ser humano desea hacer de su vivencia sexual.

Para promover la reflexividad, los profesionales de enfermería encuentran un insumo importante y trascendente, esto es la realidad. Esta vivencia, permite reconocer los diversos eventos que suceden en tiempo presente y que distan de sucesos imaginativos, los cuales sirven para realizar un contraste entre la vivencia real y las expectativas que se tiene de sí en el presente y en el futuro próximo.

Lo interesante de la conjugación de elementos para invitar a la reflexión por medio de los opuestos, es que precisamente, los seres humanos suelen aprender sobre asuntos que les posibilita decidir y por tanto promover un cambio de asuntos, eventos o circunstancias, que pueden ir en contrasentido a la vivencia sexual que un ser humano desea tener.

La capacidad comprensiva es otro elemento que se conjugan para un proceso reflexivo usando los opuestos, ésta marcará la pauta para el proceso dialógico y la naturalización de las expresiones sexuales. La capacidad comprensiva, nos habla de la facultad que cada ser humano tiene de ver la sexualidad como una vivencia natural, libre y fluida, encontrándose entrelazada a lo más íntimo de sí. Esta capacidad, al relacionarse con la reflexión a través de los opuestos, permite que los seres humanos frente a unas condiciones iniciales y por medio de lo reflexivo, logren realizar transformaciones en sus vivencias. La importancia de esta, durante la reflexión usando ley de opuestos, radica en que dos seres humanos con vivencias similares, de acuerdo a su capacidad comprensiva tendrán variaciones en sus vivencias que les ofrecerán transformaciones diferentes a cada uno.

Lo anterior indica que, el uso de opuestos en un proceso reflexivo en combinación con la capacidad comprensiva, propicia en los seres humanos la posibilidad de transitar con sus vivencia sexuales por múltiples dimensiones, así como, la posibilidad de experimentar en la continuidad de sus vivencias sexuales cambios y transformaciones. Esto en la teoría del caos está representado en el efecto mariposa. Esta teoría en relación al cuidado de la sexualidad indica que, si dos seres humanos, son cuidados por el mismo profesional de enfermería, las particularidades que cada uno, darán lugar a una construcciones sexual completamente diferente en ambos.

En conclusión la ley de opuestos o contrastes como estrategia o expresión artística dirigida al cuidado sexual, aporta a los cambios y transformaciones en el

ser humano al fomentar sus procesos reflexivos.

7.3.2.4 Cuidado Edificante

El ser humano en constante transformación, busca maneras para trascender los eventos inarmónicos o disonantes que acompañan su existencia. El cuidado resulta ser una forma a través de la cual el ser humano modifica o se desvincula de los eventos disonantes. Se aprovecha de este, para construir su sexualidad acorde a sus propias expectativas. Durante los momentos de cuidado, el ser humano se fundamenta en una interacción con el profesional de enfermería, la cual activa su reflexividad, como elemento para cimentar principios y valores que le permita relacionarse consigo mismos y con el mundo de forma armónica, logrando apropiarse de su cuidado y proyectarlo en su entorno.

Desde esta perspectiva, las particularidades que tiene los cuidadores, así como, las expresiones artísticas realizadas para ofrecer cuidado, son condiciones necesarias que propicien la materialización de un cuidado que potencie la construcción o edificación del ser. De la misma manera, la comunicación, las interacciones, la proximidad, la identificación de necesidades y el fomento de la reflexividad, son elementos o eventos que se integran para animar la construcción del ser humano.

En este camino que procura la edificación del ser humano, los profesionales de enfermería procuran ofrecer un cuidado que entrelace la motivación como potencia, la proximidad como un medio y la transformación como finalidad en la construcción de la vivencia humana.

- Motivar transformaciones

La transformación puede representar el resultado de un proceso, un fin, no obstante, en el cuidado de la sexualidad la transformación se representa como una acción, un movimiento constante y perenne que rige la condición humana. El ser humano se transforma continuamente, tanto en su condición corpórea, como en la percepción o concepción de sí mismo, su intimidad y su entorno.

En consecuencia, cuando en el cuidado de la sexualidad se habla de motivar transformaciones, esto hace referencia a un cambio no de algo, pues la vivencia humana en sí está contenida en constantes cambios, sino, un cambio para..., hacer algo, lograr algo, trascender algo, en fin, una transformación como sinónimo de

potencia. El cambio como una potencia, es el sustento de la edificación del ser humano; saber algo para cambiar algo, contiene la posibilidad de convertir una reflexión acerca de sí mismo, a un acto que modifique eventos que generan desarmonía. Así que, motivar es un sustento para una acción que promueva el movimiento hacia la construcción de sí mismo.

Motivar es así mismo una acción, a través de la cual se pretende impregnar al ser humano de una fuerza que le vitalice, con la intención que aflore la fortaleza implícita que posee, para emprender un camino que lo dirija hacia el empoderamiento de sí mismo y como resultado a una construcción para sí. Esta motivación se asocia con la acción de dar ánimo, animar. Este acto de animar se relaciona con tocar suavemente, afectuosamente a través de actos o de palabras al ser humano para reconfortarlo durante los momentos de desavenencias. Dar ánimo, vincula la afectividad como un estrategia para revivificar la existencia humana y suscitar un cambio de potencia a acto.

Durante esta la transmisión energética, en la cual el profesional de enfermería procura revitalizar el ser humano, la proximidad es un asunto importante, pues, la acción de animar se materializa por medio de la proximidad. En esta proximidad el profesional de enfermería utiliza diferentes estrategias o elementos para la interacción, ya enunciados anteriormente en este apartado.

Para motivar transformaciones, el profesional de enfermería al aproximarse al ser humano, se vale de la comunicación, procurando usar las palabras a manera de caricias, con la intención de movilizar hacia el restablecimiento de sí mismo y la reivindicación de su condición humana. El contacto a través de las palabras o actos, desarrolla una conexión donde estas caricias a manera de tacto, ejercen una sutil influencia en el otro a favor de su construcción. Tocar implica infundir una vibración que promueve la acción, la transformación.

Durante la proximidad, el ser humano puede encontrar formas de trascender lo corpóreo y centrarse en la reflexión de sí, como fundamento de su construcción y la transformación. Para ofrecer un cuidado edificante que motive a la transformación, el profesional pone en práctica cualidades como: tener amor y agrado por tema sexual, así como, un trato empático o humanizado, tener las necesidades del otro como eje de cuidado, no desvalorizar, e inculcar u orientar hacia el propio descubrimiento y reconocimiento, superar los preceptos propuestos por la reglamentación o los protocolos.

Para motivar transformaciones es importante generar estímulos. Para el cuidado de

la sexualidad este estímulo se da cuando el ser humano logra identificar en el profesional de enfermería un compromiso, en el cual lo humano es valioso y validado, al tiempo que el profesional se ofrece como un soporte, desde sus limitaciones, posibilidades e interés, para la construcción de ese ser. En este compromiso profesado por el profesional en busca de motivar la transformación, se impone el reto de conocer la normatividad existente relacionada con lo sexual y en general con el cuidado. Conocer la norma es también una estrategia para idear formas de sobrepasar la inercia de un cuidado convencional y protocolizado, si esto fuera necesario para aportar a la construcción del ser humano.

Sobrepasar los preceptos establecidos por la asistencia estandarizada (protocolos), se entrelazan con un asunto que podemos llamar: complicidad. En el cuidado, el asunto de ser cómplice, dista la de ilegalidad aparente de la palabra, y se centra en cómo los profesionales ayudan en la construcción de un ser humano armónico. Ser cómplice con la intención de motivar transformaciones, requiere que los profesionales de enfermería abandonen los preceptos físicos o sociales preestablecidos y se centre en el ser humano y su llamado, solicitud y/o necesidad.

La motivación en el cuidado de la sexualidad se torna en una estrategia, a través de la cual, el profesional de enfermería imprime un impulso que propicia una movilización del ser humano a desarrollar acciones dispuestas a trascender sus estados inarmónicos. La consolidación de una motivación, a un acto de cuidado, es el eje para una transformación en pro de edificarse a sí mismo.

En el acto de motivar es relevante la continuidad; se requiere de un contacto constante con el ser humano, estar ahí. Esto es más que una cercanía, se trata de un acompañamiento activo, en el cual el profesional de enfermería está ahí en el momento de cuidado, que se revela como un momento de legitimidad, pues en él se despliegan todos los elementos necesarios que hacen posible conocer, alentar y procurar transformar los detalles sutiles que impiden la conexión con sí mismo.

El resultado de mantener la continuidad en el cuidado, acompañar y motivar, es la construcción de sí mismo; en esta los seres humanos logran consolidar sus ideas o anhelos alcanzando niveles que hacen posible su proyección, transformación, en fin, lograr ser para sí. Motivar transformaciones como parte de un cuidado en el cual se fomenta la edificación de sí mismo, está estrechamente relacionado con la apropiación que el ser humano debe hacer de sí, de su propio cuidado; apropiarse de sí implica así mismo, cuidar de sí.

-Cuidado de sí

En el cuidado de la sexualidad, el autocuidado o cuidado de sí es una confluencia del reconocimiento de lo corpóreo, la reflexividad, y el empoderamiento de sí mismo, todo esto como parte de una determinación por la búsqueda de sí, la autonomía para hacerlo y el impulso de crear su propia construcción. Este surge de un aprendizaje en el cual se da un reconocimiento de lo sexual como algo innato, fomentado en la reflexión sobre sí mismo y en la libertad de aprender de las propias vivencias, donde los profesionales de enfermería participan como mediadores entre la vivencia humana, la auto-reflexividad y el conocimiento conceptual de lo sexual.

Un asunto esencial en el cuidado de la sexualidad es que está fundamentada en el ser humano, por tanto, debe ser el propio ser humano el que decida vivirla, transformarla o construirla, no obstante, si el ser humano decide no cuidar de su sexualidad, entonces, el proceso de cuidado es insostenible; cuidar de sí, no debe ser algo impositivo, en caso de serlo, se perderá la condición básica que posibilita la construcción de sí mismo: la libertad o libre albedrío.

Desde este punto de vista, el cuidado de sí es la condición necesaria para que se establezca un cuidado sexual, en consecuencia, encontramos el cuidado de sí como una condición fundamental del cuidado sexual y la autonomía como el sinónimo más afín de la palabra cuidado. Tener la capacidad de decidir y cuidar de sí, surge de la posibilidad de apropiarse de sí.

Para apropiarse del cuidado de sí, es necesario conocerse, en consecuencia, el ser humano inicia su propio conocimiento con el elemento que le es más próximo, su cuerpo. Esta corporalidad reconocida como un medio a través del cual se relaciona con su entorno, se convierte en la puerta de entrada para cuidar de sí. El ser humano aprovecha su corporalidad y la vincula a sus vivencias sexuales. La corporalidad se torna en un elemento por medio del cual el ser expresa su sexualidad a manera de sinfonía, la cual, representa la forma en la cual suena y se manifiesta su existencia.

En ocasiones, el ser humano no es consciente de la relevancia que tiene su cuerpo, y aunque le es propio, hace de él un instrumento en apariencia externo, convirtiéndose en algo impropio y desconocido. De manera que, el ser humano debe hacer una reconexión con su cuerpo, para lo cual, le es preciso conocerlo de nuevo. En el redescubrimiento que suele darse durante el cuidado de la sexualidad, los profesionales de enfermería participan como un mediador entre los conocimientos teóricos que tienen del cuerpo, y las vivencias en las cuales este es integrado.

Durante el proceso de aportar al reconocimiento del cuerpo humano, el profesional de enfermería utiliza la educación. La cual es entendida como un instrumento a través del cual se invita a la reflexividad del ser humano en relación a su cuerpo, de mismo modo que, ofrece información clara, fluida y libre de censura, a cerca su funcionamiento, la anatomía y los atributos necesarios para mantener la armonía y transformar la inarmonía.

En el proceso de educación, se vincula los elementos relacionados con la comunicación. Se suele iniciar con la invitación a conocer o reconocer las distintas partes que conforman la corporalidad. Reconocer su cuerpo es el primer paso para vincularse con él. Con el reconocimiento de su corporalidad, sobreviene la invitación a apropiarse del cuerpo a través de su cuidado, este cuidado de lo corpóreo suele ser una respuesta en busca de restablecer la armonía corporal que se ha visto limitada por la enfermedad o las situaciones que generan desarmonía.

El profesional suele desplegar diferentes técnicas, estrategias o expresiones artísticas, ya tratadas anteriormente en este apartado, con el objetivo de transmitir, transcribir, informar e introyectar de manera significativa los diferentes aspectos teóricos o vivenciales que ayudarán al ser humano a apropiarse del cuidado de sí. Durante los momentos educativos, los profesionales de enfermería suelen promover la autovalidación, la utilización y el reconocimiento de lo corporal como un preludio de las artes amatorias, la importancia del respeto, la relevancia del sentir, la naturalidad en la preferencias sexuales diversas y la relevancia de cuidar de sí, como un escalón en la construcción de la sexualidad acorde a sí mismo.

El acto de cuidar de sí, surge cuando después de estudiar y reconocer su corporalidad e identificar las distintas expresiones que componen sus experiencias, los seres humanos inician un proceso de introspección en el cual logra hacerse consciente de... su existencia, el espacio que ocupa en el mundo y la forma en la cual se expresan en este. Para lo cual, hacen uso de la reflexión, pues, a través de esta, podrán discernir, sopesar, contrastar y finalmente implementar los conocimientos que adquirieron durante su autoexploración y la educación, en busca de la construcción de sí.

En el autocuidado o cuidado de sí, la reflexividad aporta al nivel de concientización a través del choque consciente que un ser humano experimenta cuando ha decidido cuidar de sí. Este asunto de hacerse consciente le posibilita reconocerse e iniciar un proceso de afinidad, atracción magnética, condensación y radiación de los elementos que lo integran. El ser humano al hacerse consciente del lugar que ocupa en su espacio interno y de la forma en la cual se proyecta en el espacio externo, hace uso

de su autonomía y decide. Esta decisión consiste en interconectarse con sí mismo, desarrollar una afinidad, una fuerza que lo atrae hacia sí mismo, en busca del deleite, placer y satisfacción, esta fuerza emana de sí y se vincula de nuevo consigo mismo, irradiando al ambiente circundante.

El cuidado de sí surge entonces como una vinculación afectiva consigo mismo; el despertar de una afinidad hacia sí mismo, materializada en los actos cotidianos que le permiten continuamente encontrarse y apoderarse de su propia corporalidad, de su ser, es una autonomía superior que parte de lo sexual y se fundamenta en la interconexión que el ser humano hace con la afinidad que desarrolla por sí y para sí mismo. En ese intercambio que el ser humano desarrolla con sus partes más íntimas, identifica el respeto y la responsabilidad como virtudes a través de la cuales logra afianzar y reforzar el vínculo que hace consigo mismo.

El respeto en el cuidado de la sexualidad, siendo un elemento rector, corresponde a los pensamiento y sentimientos más íntimo que surgen de un ser humano, el cual se expresa por medio de una consideración especial que tiene por lo demás; este se centra en la introspección para generar una afinidad hacia sí mismo; es por tanto, trata sobre la posibilidad de autodirigirse, estando atento a la esencia de las cosas que surgen de sí, las cuales, sirven como guía para valorar a los otros seres que se encuentran a su alrededor; del mismo modo, puede ser visto como un asunto que surge de la voluntad, que reconoce el interior, para conectarse con él y así, entenderlo e irradiarse a otros.

El autorespeto hará referencia a sentimientos íntimos y la consideración enfocada hacia sí mismo, a través de la cual, el ser se conecta y se hace responsable, o sea, desarrollar la capacidad para dar correspondencia a las experiencias vividas en relación a su irradiación interior; es en consecuencia, la cualidad de estar de acuerdo consigo mismo y expresar ese acuerdo a través de los actos. El respeto y auto-respeto como partes del cuidado de sí, implican movilizar los recursos que tiene un ser humano para lograr desde su propio espacio armonizar, construir y proyectar.

La proyección de sí mismo o proyecto de vida en el cuidado de la sexualidad, es una irradiación inicialmente especular y posteriormente real de sí mismo. Es precisamente una transmisión de la afinidad que el ser humano ha logrado hacer consigo mismo, cimentada en el auto respeto y la responsabilidad e irradiada al entorno en el cual este se encuentra. Es claro que, tener una idea inicial acerca de cómo será esa irradiación, o sea, como desea hacer la proyección de su existencia, afianza la forma en la cual el ser humano logra construirse y cuidar de sí, no obstante, si esta proyección es sólo una representación imaginaria y no se realiza un proceso de conocimiento, discernimiento, reencuentro con sí mismo, desarrollo de la

afinidad, instauración del respeto, el autorespeto y la responsabilidad, el cuidado de sí quedará relegado a la mera idea de querer decidir, de empoderarse de su autonomía.

En consecuencia, hacer una proyección de sí mismo acorde a sus propias expectativas y basado en el cuidado de sí, resulta ser el fundamento para un encuentro con sí mismo, el cual es la guía para un encuentro con la integralidad.

-Encuentro con la integralidad

El encuentro con la integralidad en un cuidado edificante, hace referencia a las distintas actividades que realiza el profesional de enfermería durante el cuidado de la sexualidad, pretendiendo motivar la integración el ser humano consigo mismo, manteniendo sus particularidades y fomentando en éste, la construcción de sí mismo, acorde a sus propias expectativas, deseo y preceptos.

El profesional de enfermería, procurando ayudar en la integración del ser humano que cuida, hace uso de su capacidad intuicional, su creatividad y también de principios potenciadores como el respeto, la prudencia y la justicia; cimentado en esto y por medio de la experiencia, desarrolla la capacidad de interactuar con seres humanos en diversas áreas del conocimiento y con diferentes formas de comprender el mundo. Esta diversidad en espacios y vivencias le brinda la oportunidad de ampliar los abordajes en sexualidad; por medio de un proceso introspectivo y reflexivo del ser humano cuidado, éste podrá ir más allá, buscando abrir la posibilidad de que se integre en sí y para sí mismo.

En el cuidado de la sexualidad, la integralidad dista de la visión biológica en donde el ser humano es una agregación de partes que forman un todo, en cuyo caso la integralidad consistiría en desplegar intervenciones o cuidados de diferentes áreas del conocimiento en las cuales, cada profesional representante de un área, interactúa con una parte del ser humano, e intenta ejercer una acción sobre él, pretendiendo que ningún evento o situación afecte su equilibrio.

La integralidad en el cuidado de la sexualidad, no se centra en las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería para el restablecimiento de un estado en desequilibrio o inarmonía, sino, en promover a través de la reflexión y la interiorización, que el ser humano tenga un encuentro consigo mismo, lo cual le sirva de fundamento para su construcción. La integralidad se fundamenta en la individualización del ser humano, el cual logra hacer una construcción de sí mismo, no como una idea perfecta e inacabada sustentada en imaginarios, sino, acorde a su

capacidad de discernimiento, reflexividad y autodireccionamiento, confiriéndole la posibilidad de integrarse consigo mismo, en fin, hacer una construcción a la medida de sí mismo.

Los profesionales de enfermería que promueven un encuentro con la integralidad del ser humano, son también mediadores en los procesos administrativos; su participación consiste en la transcripción, comprensión, restablecimiento o custodia de eventos que se vinculen con la gestión administrativa de eventos que incluyan la reglamentación o normatividad existente en relación con el cuidado y la sexualidad.

El encuentro con la integralidad, puede realizarse en los diferentes espacios donde se brinda el cuidado, por ejemplo: cuando un ser humano ingresa a una institución de salud en busca de atención, durante la evaluación inicial, la anamnesis o el proceso dialógico que entable con el profesional de enfermería, así como, durante la implementación de las acciones o intervenciones dirigidas a la construcción del ser humano.

En conclusión, el profesional de enfermería aprovecha la interacción con el ser humano para promover encuentros enfocados a desarrollar su integralidad, o sea, la construcción de sí mismo acorde a sus propias concepciones de armonía. Individualizar es la clave para la integralidad, de manera que el profesional de enfermería se vincula con el ser humano de forma particularizada, lo individualiza con la pretensión de aportar a su integración, edificación.

7.3.3 PROPIEDAD: CONSTRUCCIÓN SEXUAL

La construcción sexual está integrada por alguno elementos encontramos durante el análisis de los datos, al desarrollar el concepto de cuidado de la sexualidad humana en la disciplina de enfermería. Esta es la última propiedad de la categoría central: Mediación vinculante en la edificación sexual.

En el desarrollo de la propiedad, se tuvieron en cuenta 206 incidentes provenientes de las 17 entrevistas, algunos de los cuales están representados con la numeración que tuvieron durante el análisis en la (Tabla 7.8).

Para la elaboración de esta propiedad se incorporó a través de los memorandos, información proveniente de diversas áreas del conocimiento (Tabla 7.9).

La construcción sexual, es una propiedad que se relaciona con el movimiento y la capacidad concientiva que tienen los seres humanos. Es la proyección que el ser humano realiza de su sexualidad por medio de la reflexividad, desarrollando afinidad hacia sí mismo, lo que favorece el conocimiento de sí. Usando la energía sexual como una fuerza que nutre la creación y la potencialidad, desarrolla la capacidad de ejercer una autonomía sustentada en la libertad; la finalidad de construir teniendo como fundamento la sexualidad, hace que ser humano pueda proyectar su potencial creador y se conciba, usando las revoluciones internas que favorecen la transformación, llevándolo a niveles más altos de goce y satisfacción, posibilitando el bienestar y la autorrealización como un reflejo armónico de su vivencia sexual de acuerdo a sus propios cánones, expectativas, preceptos, y deseos.

Los elementos que se entrelazan, integran y complementan en esta propiedad son: la sexualidad como un cosmos, el conocimiento de sí - conocimiento sexual, afirmar del auto-direccionamiento, concebirse, crearse-recrearse y la autorrealización. Cada uno de estos elementos propicia insumos, que durante la interacción con el profesional de enfermería, promueven en el ser humano su construcción o edificación.

Estos elementos que se entrelazan para la construcción sexual, forman como lo muestra la (Figura 7.12) por una imagen que se representaba en los textos de geometría clásica la integración de “todo en uno y en uno todo”. Los elementos que integran esta propiedad forman un todo, pues, al estar integrados en la vivencia humana, ninguna parte sobra y todas encajan y son necesarias en la construcción sexual humana.

Esta construcción en el cuidado de la sexualidad se identifica como un proceso, en el cual, cada elemento representa un avance para mejorar la construcción.

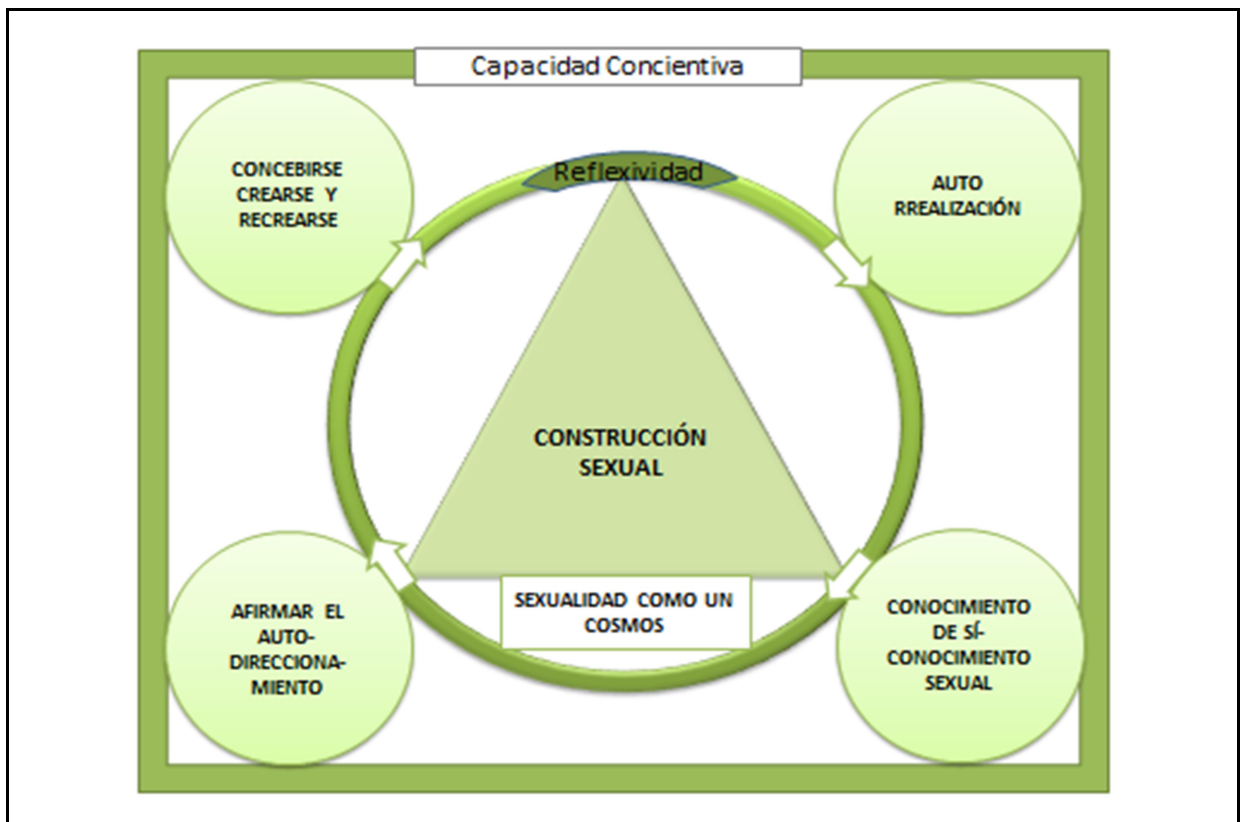


Figura 7.12. Elementos que integran la construcción sexual

Fuente: Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

En la construcción sexual, existe dos elementos que están presentes durante todo el proceso, estos son: la reflexividad y la capacidad concientiva; en el cuidado de la sexualidad, el profesional de enfermería resulta ser un medio a través del cual se incentiva la reflexividad de los seres humanos que están realizando su proceso de construcción. La capacidad concientiva, resulta ser un asunto propio de cada ser humano, en esta, se fundamenta la forma en la que comprende el mundo, se expresa, se relaciona y se proyecta.

7.3.3.1 La sexualidad como un cosmos

Siendo el cosmos una distribución organizada y armónica, compuesta por los elementos descubiertos y por descubrir en el espacio sideral; este, como en la cosmología fractal, se refleja en el ser humano formando su propio microcosmos. Este cosmos de lo humano, está igualmente integrado por los aspectos cognoscibles e incognoscibles del ser, en consecuencia, la sexualidad resulta ser una emanación del cosmos inmerso el ser humano.

El cosmos posee la capacidad de transmitir energía que alimenta la creación de lo que existe, esta energía, revitaliza y facilita la continua construcción en el espacio infinito; la sexualidad a la escala del cosmos humano, está conectada con esa fuerza creadora, dando vitalidad al ser y ofreciéndole la oportunidad de crear en su entorno circundante. La energía magnética que comunica el ser humano con las dinámicas celestes, se intercambian, ofreciendo irradiaciones que nutren el ser humano, este sintetiza estas energías en un todo y las integra a él.

La energía sexual como parte del cosmos que integra el ser humano, es vinculada a su corporalidad, forjado la posibilidad de crear, modelar y transformar con esta fuerza a su entorno y a sí mismo.

En las dinámicas celestes, existen eventos que favorecen los cambios y las variaciones, como la superposición de sistemas solares y la atracción entre objetos astrales. En la sexualidad encontramos que el espacio interno y externo que integran al ser humano, al igual que las dinámicas celestes, se atraen, se repelen, se construyen y reconstruyen, favoreciendo su transición y recreación, alimentando la capacidad de concebir, potenciar y proyectar las transformaciones experimentadas en la vivencia humana haciéndolas armónicas.

La sexualidad como una energía que integra el cosmos humano, también está provista de libertad; esta energía revitalizadora, puede ser utilizada por el ser humano y al hacerlo, impregna de naturalidad y fluidez las experiencias a las cuales se vincula. La sexualidad como energía potencialmente creadora, a escala humana, se conjuga con lo afectivo-sensitivo y corpóreo, convirtiéndose en una expresión física, etérica y natural donde se sustancializa la afectividad, como una capacidad humana en la búsqueda de ser para sí.

Esta emanación corporeizada en la dinámica afectiva es introspectiva, representada en el goce, el placer, la experimentación sublime de la satisfacción y la belleza como

expresión armónica. También, se proyecta en el entorno como un reflejo de lo interior, que busca en la comunicación un medio para continuar su propagación.

La fuerza sexual como una emanación de la potencialidad creadora en el ser humano, trasciende con agilidad la corporalidad y se entrelaza con las profundidades concientivas del ser. Es un vínculo que si bien, está acompañado de lo corpóreo, o sea, la mente como estructura física y funcional, va más allá de esta, en busca de la esencia a través de la cual el ser humano logra ser receptor de la energía revitalizadora que le dota de facultades para transmitirla por medio de expresiones igualmente metales o corpóreas.

En este ciclo donde la sexualidad forma parte de la emanación del propio cosmos, al ser interiorizada libremente por el ser humano, se corporiza con la afectividad, el placer y el goce, armonizando con la conciencia del ser, logrando que esta energía sea expresada o transmitida no sólo al espacio corporal sino al entorno, a lo social; esto indica la proyección de la sexualidad en la vivencia cotidiana.

Durante el cuidado de la sexualidad, esta no es vista como una parte, dimensión o un plano, forma la integralidad del ser humano, le pertenece de forma implícita, así, la sexualidad como un cosmos, resulta ser el punto de conjunción del ser humano; confluyen allí lo corpóreo, lo mental, lo concientivo, lo reflexivo, lo cotidiano y lo social, procurando generar un proceso armónico, en el cual el ser humano paulatinamente se dirige hacia el encuentro consigo mismo.

La sexualidad como un cosmos en el cual se da la conjunción y se integra lo humano, procura equilibrio y armonía en las interacciones, promoviendo que el ser se torne: liviano, libre, cotidiano, propio, integrador, creativo, creador, unificador y transformador.

En este cosmos sexual, se da la unificación continua de la esencia humana; la sexualidad actúa como un medio para la creación, recreación y potencialización de sí mismo, está, sustentada en la capacidad reflexiva y concientiva del ser humano, desarrolla la posibilidad de conocerse, empoderarse de sí para auto-dirigirse e iniciar el proceso de auto concepción, transformación, posterior satisfacción e incluso autorrealización.

Ahora bien, siendo la sexualidad un cosmos dentro de la vivencia humana, resulta inconmensurable, por tanto, tiene elementos fácilmente reconocible y otros desconocidos. En este punto, el cuidado de la sexualidad es un medio para el

reconocimiento de lo incognoscible, como una posibilidad de continuar con la construcción de su propia existencia. Así, el ser humano en busca de conocer o reconocer aquellos elementos desconocidos que integran su sexualidad, se embarca en el estudio de sí, de su sexualidad, en otras palabras en una cosmología sexual, que facilite utilizar su potencial creador en pro de sí mismo.

7.3.3.2 Conocimiento de sí, conocimiento sexual

Construir es un proceso y cada elemento que lo integra tiene sus propios cursos, en el caso de la construcción sexual, esta inicia con identificar la sexualidad como un cosmos en el cual está inmerso el ser humano durante sus vivencias, reconociendo en este cosmos, lo sexual como un asunto innato, ineludible, propio y fundamental en el ser humano; el siguiente escalón es conocer o reconocer esto que es propio “la sexualidad”. En ese conocimiento de la sexualidad surge la importancia de conocer de sí.

Este asunto de conocer de sí, se relaciona no sólo con reconocer lo sexual como parte de sí, sino procurar conocer aspectos incognoscible presente en ese cosmos sexual, que sean necesarios para emprender la construcción de sí mismo. Conocer de sí, es un asunto progresivo e incluye algunos puntos; inicialmente es imprescindible tener una apertura hacia sí mismo, posteriormente viene el conocimiento o reconocimiento en sí, y finaliza con el aprendizaje de sí, como un evento a través del cual el conocimiento pasa de lo especular a lo real.

El conocimiento de sí y de la sexualidad, funciona a manera de inventario en el proceso de construcción, de manera que, es necesario conocer lo que se tiene y lo que no se tiene, con el objetivo de realizar una construcción real, acorde a cada ser humano particular. Si un asunto se desconoce, no será posible discernir o reflexionar sobre él, tampoco será susceptible de transformación y cambio, pues sólo puede transformarse, aquello que se conoce. Desde este punto de vista, el conocimiento de sí y de lo sexual, es un elemento básico, en la construcción.

En el conocimiento de sí, la apertura hacia sí mismo está relacionada con la apertura mental para conocer lo sexual. El centro es el ser humano, que en su interior, de forma íntima y libre tiene interés por descubrirse; en consecuencia, se abre, camina y transita hacia un encuentro consigo mismo. Esta apertura mental hace referencia a conocer de sí, dejando de lado los temores que pueden presentarse cuando nos enfrentamos a lo desconocido.

La sexualidad de los seres humanos aunque propia, es en ocasiones desconocida. La apertura mental hacia sí mismo busca descubrir lo íntimo de lo íntimo, lo íntimo de lo sexual, nace del deseo de ser para sí, además, es un asunto que se decide. Así, esta apertura, es una decisión que los seres humanos realizan con el objetivo de llegar a la comprensión de sí y al conocimiento de sí.

La apertura hacia sí mismo, se encuentra relacionada con la afinidad. Esta apertura mental, es posible cuando existe afinidad hacia sí mismo: un intercambio de fluidos energéticos que posibilitan la exteriorización de las potencialidades internas, un vínculo magnético consigo mismo, en la búsqueda del amor como la esencia de sí, de manera que, el ser humano logre construir aquello que quiso y deseó para sí.

Al reflexionar acerca de la importancia que tiene el magnetismo y la afinidad en el equilibrio del entorno, rápidamente se encuentra que esta marca la pauta, en la forma como el ser humano va a relacionarse con el entorno. La afinidad consigo mismo es la piedra angular en la cual se construye las bases para vincularse consigo mismo, con otros, y caminar hacia una construcción desde sí mismo y para sí. El ser humano afín a sí, abre su mente para continuar con su propio conocimiento y construcción.

Desear conocerse, saber de sí, es el primer escalón en el conocimiento de sí mismo. El siguiente evento, después de tener una apertura hacia sí, es identificar el valor que tiene para el ser humano conocerse. Este conocimiento resulta ser un florecimiento del amor hacia sí mismo. El amor nace del conocimiento, se difícil amar aquello que no se conoce, por tanto, conocerse se convierte en una condición para nutrir el amor en sí mismo y para sí mismo.

Sin un impulso afectivo hacia sí mismo, las posibilidades de construirse se limitan, en tanto, conocerse y reconocerse como un todo sexuado propicia el surgimiento de la afectividad y la base de la construcción de sí mismo como ser sexual. Como se planteó anteriormente, el ser humano al reconocer en sí mismo su sexualidad y al tener apertura hacia sí mismo con la intención de descubrirse, siembra los cimientos para su propio conocimiento.

Al intentar avanza en el conocimiento de sí, surge un cuestionamiento: ¿qué se debe conocer de sí y de lo sexual?. Responder puede resultar complejo pues no es posible saber con exactitud. La imposibilidad de ofrecer una respuesta concreta a esta pregunta es manifiesta, porque tanto el ser humano como su sexualidad es algo único. En consecuencia, las vivencias individuales, experiencias, la capacidad concientiva y reflexiva marcan la pauta para identificar, que se requiere saber de sí

mismo, para su propia construcción.

Desde este punto de vista, es necesario que los profesionales de enfermería al cuidado de la sexualidad en los seres humanos se mantengan abiertos a la variedad de eventos, circunstancias o situaciones sobre las cuales estos seres desean y necesitan conocer. No obstante, existen dos puntos que pueden servir de partida para el conocimiento de sí; uno es el conocimiento o reconocimiento de las manifestaciones corpóreas; el otro es identificar el derecho al placer y al goce. En consecuencia, los profesionales suelen apelar a la reflexividad y a procesos educativos, con el objetivo de apoyar al humano en su propio conocimiento.

Conocer o reconocer las manifestaciones corporales se relaciona con identificar el funcionamiento corporal, su estructura física y biológica, contemplar cómo, desde la concepción y formación del cuerpo humano este se encuentra vinculado a lo sexual, en su orden celular y las reacciones genéticas. Esto aporta al ser humano la posibilidad de concientizarse sobre cómo está formado su cuerpo y vislumbrar la manera en la cual los aspectos biológicos influyen en su vivencia sexual. Conocer su corporalidad y reflexionar sobre esta, le facilita examinar cómo siente su cuerpo y en especial cómo desea sentirlo. El conocimiento de su corporalidad, promueve la apropiación y unificación de sí mismo, posibilitando vivenciar o restablecer el placer.

La corporalidad, como un elemento tangible del ser humano que utiliza en la interacción sexual y vivencial, es aprovechada por el profesional de enfermería, quien a través de procesos educativos y con una invitación a la reflexividad, aporta en el conocimiento o reconocimiento del placer y el goce como un evento natural en la vivencia humana.

El disfrute y el placer como algo que se puede obtener a través de una interacción con lo corpóreo, hace del reconocimiento corporal un evento que favorece la identificación del goce placentero y el disfrute erótico, como expresiones naturales de la vivencia sexual. La naturalidad del disfrute sexual, invita a reflexionar en este como un derecho que el ser humano tiene de sentir, vivir y gozar del placer. En conciencia, el otro asunto que suele ser una fuente importante para propiciar en el ser humano el reconocimiento de sí, sobreviene cuando los profesionales de enfermería intentan resaltar la importancia que tiene en la vivencia sexual el derecho al placer.

En la búsqueda por resaltar la importancia de reconocer el derecho al placer y al goce, los profesionales de enfermería suelen apelar a asuntos legislativos como: los derechos sexuales y reproductivos (DSR); frente a estos DSR, intentan vincular o

motivar al ser humano para que reconozca su sexualidad como un asunto de autonomía, voluntad, libertad y una decisión consentida. Un ejemplo de esto, es la invitación a no tener relaciones sexuales que no desea tener.

Reconocer el placer sexual para sí, implica que el ser humano transite, partiendo de aprender sobre la satisfacción de su propio placer sexual y después poder decir a otros como interactuar con él. Reconocer el placer, el disfrute y el goce sexual en el ser humano, consiste en hacer una concientización armónica del derecho al placer, es sin más, un acto de apropiación de sí mismo, nacido de reconocer la forma en la cual el placer se expresa, se representa y es vivido por un ser humano; esto siempre vinculado al acto reflexivo de una sexualidad vivida con libertad.

Reconocer el placer como un derecho y en especial apropiarse de ese derecho, adecúa al ser humano para conocer más de sí. El conocimiento de sí y de su sexualidad se traduce en la factibilidad de validarse como ser humano. Ser válido para sí mismo, tener un valor para sí mismo, indica que inicialmente tenga la capacidad de identificarse como un ser humano sexuado, posteriormente, reconocer en sí mismo el alcance de su corporalidad y la naturalidad de la vivencias placenteras, lo que favorece el reconocimiento y aprendizaje de sí, a fin de generar un auto-concepto a través del cual exprese su identidad sexual y confiera el valor que tiene para sí mismo su sexualidad.

En otras palabras ser válido es lograr ser para sí, a través del propio autodescubrimiento; reconocer, apreciar y darle valor a su corporalidad, a sus experiencias sexuales y acrecentar la afinidad por sí mismo, es por tanto, una expresión de la autoestima, o sea, una manifestación del amor hacia sí mismo, como una condición para la construcción de sí mismo y de su sexualidad.

El auto-concepto generado por el conocimiento de sí, reúne la manera como el ser humano se percibe, se conoce y reconoce, permitiendo expresar con mayor claridad al entorno, su propia esencia sexual. Un concepto de sí, nacido del autoconocimiento que permite al ser humano decir al mundo cómo es la sexualidad para sí mismo. Este concepto está relacionado con la etimología de la palabra concepto: “acción de contener”. El concepto de sí mismo, como una acción de contenerse en sí mismo, en su interior, y lograr ser para sí, aporta al aprendizaje de sí, que trae consigo la experiencia de vivir.

Después de la apertura hacia sí mismo, conocerse y reconocerse en lo corpóreo, el placer, el goce y el disfrute, el conocimiento de sí- conocimiento sexual, finaliza con el aprendizaje de sí. Parte del conocimiento de sí y sexual, implica que la sexualidad

es vista y aprendida como un influjo de sentimientos, eventos y acciones que se integran en sí mismo y surgen de sí mismo. La expresión de estos sentimientos, eventos y acciones inicialmente son para consigo mismo. Lo que facilita hacer una exaltación a los fluidos dinámicos propios, o sea, saber cómo somos.

La materia prima para este influjo de sentimientos, eventos y acciones son las vivencias que los seres humanos vayan teniendo; de modo que, el aprendizaje es gradual, a medida que el ser humano vive y decide conocerse, se va identificando como ser sexuado y adviene la posibilidad de aprender de sus propias vivencias.

Para aprender hay una condición que debe cumplirse, y es el deseo de aprender, la cual se acompaña del placer y goce de aprender. Este goce puede ser visto como una alegría que brota de los seres humanos, que se logra reflejar en su entorno. Esta alegría es reconocida por Federico Nietzsche como la gaya-ciencia, o sea, la alegría de conocer su propio proceso de construcción. El aprendizaje de sí, también, requiere de capacidad reflexiva. Esta capacidad tiene algunos impulsores, uno es tener afinidad consigo mismo, querer saber de sí, querer identificar las diferentes manifestaciones corpóreas y racionales. Otro es, enfocarse hacia la indagación de sí mismo, para saber, conocer y aprender de sí. Indagar implica preguntarse ¿qué se es? y ¿cómo se es? y en especial, intentar responderse el por qué y el para qué de un comportamiento o conducta sexual.

El aprendizaje de sí, como una acción en la cual el ser humano captura el conocimiento que ha adquirido de sí, tiene varias trayectorias, una es el conocimiento inicial, luego una reflexión profunda que facilita detallar lo que se está conociendo; detallar, detenerse en sí mismo, es una de las principales formas de conocerse pero, también de aprender; por último, la acción de fijar, introyectar y contener el conocimiento que sobre sí mismo ha obtenido. Sólo se aprende lo que previamente se conoce, y no es posible aprender de lo desconocido, entonces, el conocimiento de sí mismo como un ser sexuado que se integra a un todo, es indispensable para que se dé el aprendizaje de sí.

Aprender de sí, provee los elementos para proyectar lo aprendido a los demás, de modo tal que, el aprendizaje adquirido se convierte en una condición para dar a otros; así, aprender está relacionado con reconocerse a sí mismo para poder reconocer los demás. Aprender de sí, es un punto fundamental para ejercer la autonomía, o sea, implementar el auto-direccionamiento, también, es un poder que promueve la transformación. El poder que tiene el conocimiento y el aprendizaje de sí como elemento transformador, se hace posible si está permeado por el deseo de un cambio, por el advenimiento de lo revolucionario, para lo cual, esta revolución implica no sólo conocerse para cambiar sino de la voluntad para hacerlo. Estos

elementos aprendidos y transformados son susceptibles de ser proyectados a los otros seres humanos.

7.3.3.3 Afirmar el auto-direccionamiento

Afirmar el auto-direccionamiento es otro escalón en la construcción sexual. Este trata acerca de hacerse dueño de sí mismo, o sea, tener el poder sobre sí para ser, actuar, pensar y en especial decidir cómo realizar la construcción sexual de sí. El auto-direccionamiento se sustenta en el conocimiento y aprendizaje de sí, como un requerimiento para ser dueño de sí mismo.

Ser dueño de sí, está relacionado con la libertad y el libre albedrío, que a su vez desarrolla la capacidad de decidir por sí mismo, a través del uso de la reflexión. La libertad y el libre albedrío reflexivo, proporcionan al ser humano que decide, un abanico de posibilidades y alternativas que sopesó e incluso experimentó con el fin de lograr tomar la decisión que permita e impacte positivamente su vivencia. Elegir por sí mismo de una forma reflexiva, permite que se dé una construcción.

En la afirmación del auto-direccionamiento para la construcción de sí, el profesional de enfermería participa motivando a la reflexividad, lo que propicia una irradiación reflexiva hacia sí mismo y sustenta la toma de decisiones. De tal modo que, el ser humano decida y lance a apropiarse de sí mismo, logrando realizar la construcción de sí que desea hacer.

En esta tarea de ser el dueño de sí, el profesional de enfermería realiza un acompañamiento activo, logrando ser una voz válida por medio de la cual se promueva la autonomía de los seres humanos: cuidados basados en decisiones pensadas y reflexionadas. Así, comprender la importancia de ejercer el empoderamiento, la autonomía, el deseo de hacerlo, el ejercicio de la libertad de elegir y la decisión, serán las primicias.

La interacción entre el profesional de enfermería y el ser humano en busca de afirmar el auto-direccionamiento del último, se fundamenta en un vínculo. Este vínculo se nutre de diferentes elementos como: la confianza, la conectividad, la custodia y la comunicabilidad trascendente (presentes en la propiedad interacciones vinculantes), además, de las características que tiene los profesionales de enfermería para ofrecer acompañamiento y la atención. Como parte de estas características encontramos que, el profesional de enfermería suelen enfocarse en una atención

privilegiada, en la cual el ser humano es la base y la prioridad, aún por encima de los estándares institucionales y requerimiento políticos (propiedad mediación de la experiencia sexual).

Es así como este vínculo tiene una intención primaria, la cual consiste en que los seres humanos puedan hacer uso de su capacidad decisoria. Sin este vínculo, el eco de los profesionales durante el proceso de cuidado sexual no sería escuchado, por tanto, la posibilidad de aportar al desarrollo de la construcción auto-dirigida no se daría.

El establecimiento del vínculo para el auto-direccionamiento, también, se encuentra relacionado con que el profesional de enfermería logre ser un referente. En este asunto de ser referente, es importante la calidad de la información que se brinda a los seres humanos, la cual debe ser clara, correcta y centrada en la vivencia real, es decir, Información que se contraste con la realidad individual de cada ser humano, como antesala para fomentar la toma de decisiones.

Este asunto de brindar información, abre la posibilidad de **educar desde lo real**. La información ofrecida en este tipo de educación, aspira a develar las vivencias sexuales que existen en el plano de los órganos de los sentidos, así que, procura no ocultar, enjuiciar o negar los elementos que existen en la realidad sexual de los seres humanos. Al hablar de lo real se pretende que los seres humanos puedan evidenciar las distintas alternativas para elegir de forma real.

En este asunto de educar e informar desde lo real, los profesionales procuran herramienta que fomenten la toma de decisiones, no obstante, estas herramientas distan de ser una lista preestablecida de acciones, sino que surgen de acuerdo a las vivencias de los seres humanos cuidados. Estos dan la línea, los planteamientos y las posibles necesidades, así que, basados sus vivencias, los profesionales plantean herramientas para que ellos las seleccionen e implementen en pro de su propio cuidado.

Con estas herramientas los profesionales de enfermería fomentan la capacidad de elección de los seres humanos, apoderándose de sus decisiones y vivencias. Una buena elección no es otra que, la decisión tomada por el ser humano implicado mediante el proceso de reflexión que realice.

Una expectativa del cuidado sexual ofrecido por los profesionales de enfermería, consiste en un acompañamiento que sirva de influjo positivo en la toma de

decisiones; frente a este aspecto, lo relevante es no sólo realizar conexiones que propicie una guía en la toma de decisiones, sino, concebir el cuidado de la sexualidad como un ejercicio de la autonomía, esperado por los seres humanos cuidados y deseados por los profesionales que atienden.

El vínculo y la conexión con los profesionales de enfermería como guía en la toma de decisiones, se propone como un asunto libre, no impositivo, sino, amoldado a la medida del individuo. Por eso, los seres humanos usando las herramientas ofrecidas por el profesional de enfermería, se embarcan en la posibilidad de elegir, esta elección no será impuesta, sino que surgirá del discernimiento y la reflexión que cada ser humano realice de su propia vivencia y en especial de lo que desea construir y proyectar.

Desde este punto de vista, las conexiones con un referente como guía, muestran la labor del profesional de enfermería como promotor de la autonomía de los seres humanos que cuida, fundamentada en el respeto y en la reflexión que los seres humanos realizan para tomar una decisión, siendo así la autonomía el pilar del cuidado.

En el ejercicio de promover la autonomía, los profesionales de enfermería realizan una movilización de lo reflexivo; esto evoca dos tipos de acciones, una proviene del término movilización y la otra del término reflexivo. Así mismo, lo reflexivo se torna de carácter móvil, porque, a través de este acto, el ser humano transita por sus vivencias y afianza el auto-direccionamiento, el poder elegir, tomar una decisión.

Con relación a la movilización, encontramos que es una acción en dos sentidos, uno es cuando los profesionales de enfermería procuran durante la interacción con los seres humanos, que estos se desplacen (movilicen) hacia un encuentro consigo mismo, ya sea por medio de la indagación, brindando alternativas o resaltando los puntos relevantes cuando estos expresan libremente sus vivencias. El otro es, cuando los seres humanos cuidados hacen uso de su auto-direccionamiento y movilizan sus acciones, vivencias o futuras experiencias hacia sí mismos y lo que desean proyectar en su entorno, esto es lo que podríamos llamar “tomar una decisión”.

En este asunto de auto-dirigirse y “tomar una decisión” interviene de forma trascendental el proceso de reflexión. Esta reflexión, es también una acción aunque inmaterial y etérica que proviene de la esfera mental, pero, al sustancializarse se proyecta en un evento o vivencia material, potencializando la posibilidad de decidir de una forma más clara y consciente.

Así mismo, la reflexión puede ser tomada en dos sentidos, como el acto de pensar nuevamente algo, de forma detallada y considerarlo con atención, o como proyección, o sea, reflexión en cuanto a reflejar; por tanto, la reflexión tiene una connotación de acción como pensamiento detallado sobre un asunto, que luego de pensado se puede proyectar.

La reflexión, es un paso intermedio entre los deseos profundos de los seres humanos y la proyección de estos a través de los actos. Reflexionar, se caracteriza por la capacidad de discernir un evento o vivencia para ser analizado a través del entendimiento; esto, favorece que los seres humanos reconozcan sus particularidades y las modificaciones que experimentan. Los profesional de enfermería aporta a ese conocimiento profundo de sí mismo, al invitar a quienes cuida a la auto-reflexión, esto implica, que los seres humanos frente a una situación deberán responderse a sí mismos “¿qué quiere, qué piensa, qué va a decidir frente a esa situación y hasta dónde van a llegar?”. An4 (47)

Responder a estos asuntos, promoverá no sólo acceder a un conocimiento reflexivo de las cosas, sino precisamente tener la información necesaria para dar dirección y sentido a la decisión que tomen. Estas decisiones con sentido no son más que: estar de acuerdo uno mismo con lo que se decide. Propiciar que los seres humanos realicen por sí mismo la elección de la forma en la cual vivenciar su sexualidad, ya por no designios de la suerte, sino, por decisiones conscientes a través de un proceso reflexivo, se constituye en la piedra angular para hablar de cuidado.

Con la movilización reflexiva, los profesionales de enfermería esperan que los seres humanos a su cuidado, decidan ya sea en presencia o ausencia de una enfermedad o experiencias inarmónicas, ¿cuál sería la forma más acorde para proyectar su existencia?. En este caso, los profesionales de enfermería, parten del supuesto que los seres humanos tienen la capacidad de tomar decisiones, las cuales sean acordes con su proyecto de vida.

En la movilización reflexiva, este asunto de pensar en las decisiones y no dejarlas a la suerte, está relacionado con que los profesionales de enfermería hacen una invitación a los seres humanos para que estos empleen su autonomía, de manera que, sus decisiones tengan una amplitud reflexivas tal, que les permita vivir la sexualidad de una forma trascendente, en la cual, el acompañamiento, el compartir y la proximidad amorosa con el otro, sea parte del ingenio creativo en una vivencia sexual acorde a sí mismo y a su proyecto de vida, donde se promueve una revolución amorosa, en la cual, se realza lo erótico, corpóreo y afectivo.

El fin de movilizar la reflexión es tomar una decisión, la cual, marca la pauta sobre cómo las experiencias futuras serán vivenciadas. Decidir es un asunto que requiere de libertad y armonía, esta armonía está enmarcada en la información apropiada para la toma de decisiones, así como, la proyección de la capacidad reflexiva sustancilizada en actos.

Tomar decisiones inarmónicas, puede traer resultados y/o consecuencias que alteran las expectativas o proyectos que se tiene de su propia existencia. Las decisiones pueden ser inarmónica por diversas razones; una, es la manera como estas decisiones son tomadas, otra, es la desinformación que se tiene frente al asunto que se va a decidir.

En relación a la manera como se toman las decisiones, en ocasiones, los seres humanos utilizan diversas estrategias, las cuales, desarmonizan con respecto a la capacidad autónoma necesaria para la construcción de sí mismo. Una forma de tomar decisiones que desarmonizan es: no discernir, ni reflexionar sobre lo que se va a decidir, sino, dejarla a la suerte o al destino. Otra forma es: no decidir por sí mismo, sino, dejar que otros decidan por él; lo que implica que el ser humano no se hace responsable de sus actos, sino que, responsabiliza a otros, sin detenerse a reflexionar que la decisión tomada, fue que otros decidieran por él. No obstante, dar poder a otro para que decida y no hacerlo por sí mismo, puede generar que el otro imponga su postura y obligue a tomar una decisión, en este caso, ya no sería una decisión, porque la imposición va en contra de la libertad, que es un principio básico en la toma de decisiones.

Una forma diferente de decidir que no armoniza con la construcción de sí, está relacionada con el tiempo; las vivencias y experiencia de los seres humanos están mediadas por el tiempo. Así que, algunos seres humanos deciden no decidir, es decir, dejan pasar el tiempo “a ver qué pasa” An3 (38). Lo que implica no asumir la responsabilidad de decidir, sino, que dejar estas a la voluntad del tiempo (cronos). Otra manera de decidir que implica el tiempo, es cuando los seres humanos tiene previsto tomar una decisión, más, al momento de hacerlo no lo hacen, sino, que se dan más tiempo, este asunto resulta en ocasiones sensato pues permite mayor discernimiento; la dificultad surge cuando estos tiempo son aplazados una y otra vez, por tanto, la decisión no es tomada y se apela a excusas o justificaciones para decidir no decidir.

A este tipo de eventos se enfrenta el profesional de enfermería cuando motiva al ser humano a auto-dirigirse. Este profesional, a través del cuidado de la sexualidad

busca afirma el auto-direccionamiento, el cual, consiste en tomar decisiones con sentido, resaltando la autonomía como eje, centro, pilar y llave que aporta al empoderamiento y a la posibilidad de concebirse e incluso transformarse. Este asunto de darle sentido a las decisiones usando la autonomía como guía, implica que los seres humanos tomen decisiones que estén acordes con su esencia interior, dando coherencia a lo que piensan, sienten y hacen.

En el cuidado de la sexualidad, la autonomía promueve que los seres humanos se den cuenta y formen sus propias conclusiones sobre la importancia del cuidado, por medio del discernimiento, la reflexión y la conciencia de sí. En este punto, se une la autonomía a la irradiación reflexiva de los seres humanos, en donde la conciencia se presenta como un advenimiento de la reflexión, la capacidad de pensarse para llegar a apropiarse de sí. El acercamiento hacia sí mismo, se conecta con el afloramiento del yacimiento que tiene cada ser en el interior y que se proyecta.

Las decisiones tomadas por el ser humano, en combinación con la irradiación que realizan hacia sí mismo, se reflejan en la forma como el cuidado de sí es vivido y asumido, por tanto, el cuidado sexual para los profesionales de enfermería es un sinónimo de la autonomía.

Promover la toma de decisiones como punto de partida para acercarse al cuidado de sí, también, se puede ver como un punto de transición por el cual pasa un ser humano en ese proceso de construirse a sí mismo. Esta construcción y posterior proyección de sí, brinda al ser humano la expectativa de vivir su propia realidad y hacerse partícipe de sus experiencias.

El cuidado como un elemento proyectado, se enmarca en la sexualidad, la capacidad concientiva e incluso la salud mental, las cuales, suelen ser integradas en el proceso de construcción. En esta integración, el ser humano se concibe, trayendo consigo la posibilidad de vivir una sexualidad fundamentada en responsabilizarse de sí mismo y de la proyección que en el entorno hace de su existencia.

Al afirmar el auto-direccionamiento el ser humano, no sólo se hace dueño de sí mismo y deciden sobre sus vivencias, sino que, cimientan las bases para conquistar el placer, en el cual, es posible construir un espacio en el que sea posible ser para sí,

La conquista del placer de sí, está relacionado con un asunto de poder, un poder para sí mismo, para crearse, recrearse, ser. Esta conquista se relaciona con devolver el poder a sí mismo, de construir un espacio en el que sea posible ser para sí, lo que

también incluye, tener dominio sobre sus propios placeres y concupiscencias, favoreciendo la posibilidad concebirse, crearse y recrearse.

7.3.3.4 Concebirse, crearse y recrearse

En la construcción sexual, este asunto de concebirse, crearse y recrearse, integra los elementos tratados anteriormente. Concebirse hace referencia a una construcción en la cual el ser humano logra ser lo que quiso ser para sí mismo; el límite del ideal a alcanzar es él mismo, y no los cánones externos que alteran la libertad o el libre albedrío que tiene de su propia vivencia y existencia.

Teniendo en cuenta que concebir se relaciona con la unión de dos o más elementos para que surja uno nuevo y diferente, en la concepción de lo sexual en los seres humanos, confluyen diferentes elementos que al entrar en conjunción permiten que los seres humanos puedan concebirse. Aquí se entrelazan la apertura hacia sí, el conocimiento de sí, el aprendizaje, la reflexividad, la toma de decisiones, la florecencia del amor hacia sí mismo proyectado en la autonomía, la cual, se relaciona con la capacidad decisoria de gestarse para sí, concebirse y transformarse. (Figura 7.13)

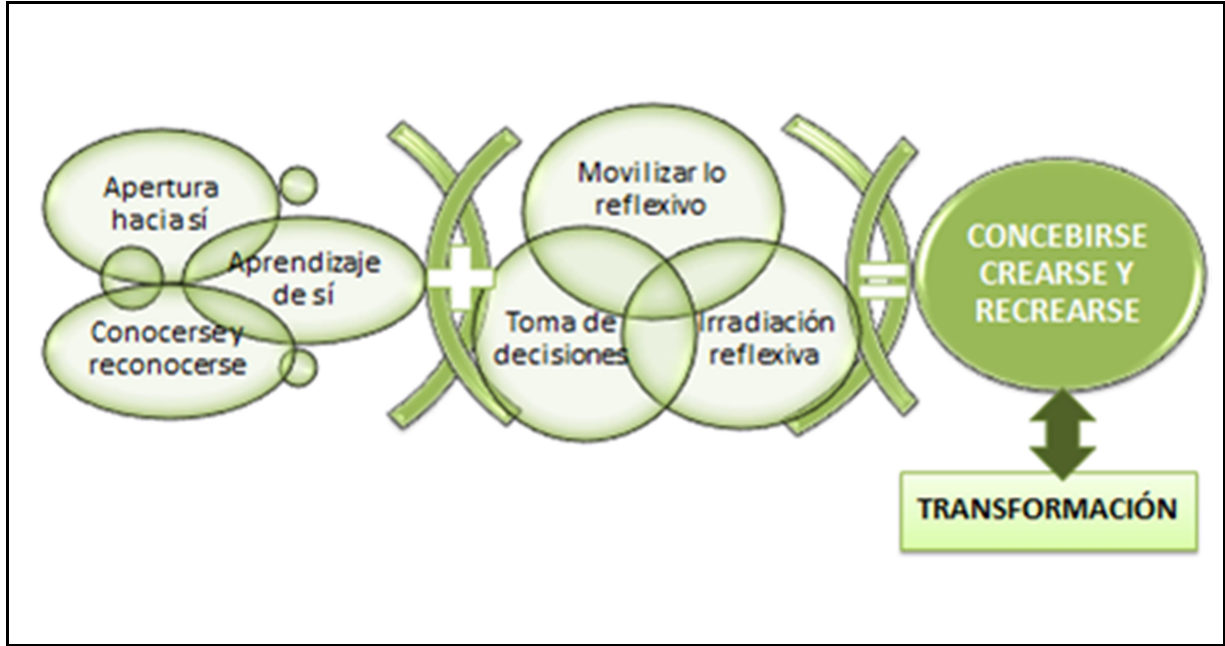


Figura 7.13. Elementos que aporta a la concebirse y transformarse

Fuente: Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

Los elementos que confluyen en la construcción sexual del ser humano, tienen como génesis, la experiencia de vida del mismo ser humano que se está construyendo, su sentir; continúa con la transformación de este, lo que lleva a una concepción de sí. La integración de los distintos elementos que constituyen el ser humano, son una composición armónica, que al ser ordenados, constituye la base a la construcción de sí mismo.

La concepción la podemos ver de dos formas, la primera, es que el ser humano en sí mismo y para sí mismo realiza la conjunción de elementos internos (conocimiento afectivo-sensitivos de su potencialidad propia, reflexión de sí mismo y afinidad de sí mismo), los cuales permiten la concepción desde sí mismo y para sí mismo.

Otra forma de ver la concepción de sí mismo, es la unión entre dos o más elementos que cooperan para lograr que surja algo nuevo y diferente; acá podemos introducir la participación de los profesionales de enfermería, como uno de los elementos que cooperan con la concepción de los seres humanos por medio del cuidado.

Así como la naturaleza permite que la planta crezca por la cooperación entre la semilla, la tierra, los nutrientes, el agua y los rayos del sol, así mismo, la naturaleza permite que los seres humanos nos creemos, re-creemos y concibamos al cooperar entre nosotros, por medio de interacciones que nos vinculan y mediados por un proceso reflexivo, así como, un interés íntimo de transformación.

La cooperación presente en la construcción sexual se puede evidenciar en ambas partes, por parte del profesional de enfermería que cuida y del ser humano cuidado. Los profesionales de enfermería cooperan en la construcción sexual de los seres humanos estando ahí; ese “estar ahí” como una forma no sólo de acompañar sino, de brindar un soporte en el proceso reflexivo y en la intención de realizar un cambio; “estar ahí” se articula con la tenacidad que el profesional de enfermería tiene al realizar las acciones en pro del ser humano que cuida.

Esta tenacidad se relaciona con estar ahí, cuando advertimos que el profesional de enfermería coopera en la construcción de la sexualidad al mantenerse firme, constante e incluso obstinado en el empeño por cuidar la sexualidad de los seres humanos. Ese soporte cooperativo ejercido por el profesional de enfermería hace referencia a estar ahí, para sustentar al ser humano que transita de forma continua en su proceso de concepción y transformación.

Los seres humanos que son cuidados, cooperan en la construcción de sí mismo liderando un proceso de revolución y transformación de eventos. Transformar eventos desarrolla la capacidad de concebirse, de crearse para sí. Los seres humanos cuidados, también, cooperan con los profesionales de enfermería que trabajan en su cuidado. Estos seres, promueven que los profesionales de enfermería conozcan otras perspectivas de la sexualidad, lo que es clave para integrarlas en futuros procesos de cuidado.

Concebirse desde lo sexual, puede verse como un proceso de renacimiento, de nacer continuo y constantemente; este renacimiento tiene una forma de hacerse evidente y es por medio de los cambios, o más bien, de las decisiones de cambio realizadas y vistas a través de las acciones que los seres humanos tienen en relación con su sexualidad. Los actos mediados por la decisión, el cambio y la transformación son los que definen al ser humano que se concibe.

El esparcimiento de una conciencia interior, es el sustrato de un ser humano en sí mismo, cada vez más elevado. Este esparcimiento de la conciencia favorece que la concepción realizada de sí mismo, se pueda expandir a otros. Esta capacidad de

expandir a otros, hace referencia a la proyección de sí mismo. Esta proyección la podemos identificar en las interacciones humanas (igual que las universales), como un intercambio magnético en el cual los cambios que el ser humano vive, se convierten en una construcción a través de la cual, él interactúa y se complementa con otros seres humanos.

La proyección que los seres humanos realizan en su construcción sexual se encuentra vinculada a la potencia, vista esta como la posibilidad de cambio y transformación. Esta proyección de las potencialidades del ser humano, incluye lo sexual, pues, la sexualidad es la expresión más propia e íntima del ser humano, por medio de la cual, expresan al entorno sus creaciones. La proyección del potencial sexual proveniente de las creaciones humanas, se pueden representar de distintas formas, por un lado, encontramos lo reproductivo y el otro, la reproductividad.

En las creaciones proyectadas por el potencial sexual reproductivo, los seres humanos impulsan sus capacidades biológicas en la creación de un nuevo cuerpo físico, distinto al propio (un hijo). En el acto reproductivo, transforman el ambiente y su propia representación, mediante la presencia de un nuevo ser vivo.

De otro lado, el ser humano en continua búsqueda de sí mismo y de la manera cómo sonará o se expresara en la sinfonía que implica vivir, hace uso de su potencial sexual, proyectado a través de la reproductividad. El potencial sexual proyectado en la reproductividad, nos indica que los seres humanos tienen la capacidad de modificar su entorno, creando eventos, ambientes y/o situaciones en las cuales proyectan su aprendizaje, y las transformaciones que han vivenciado por medio del conocimiento de sí mismos. En la reproductividad, los seres humanos pueden crear en su alrededor elementos intangibles (espacios tranquilos, autonomía en sí mismo, capacidad de decisión y acompañamiento a otros seres humanos en su proceso de construcción), así como, elementos tangibles (el desarrollo de una profesión, la creación de libros, música o arte).

Si tenemos en cuenta que la sexualidad es un asunto innato en el ser humano y que lo acompaña en su experiencia de vivir, notamos rápidamente como la potencia sexual, también, se expresa y proyecta en cada uno de los actos vivenciados por este ser humano, así, las creaciones musicales, escrita etc...son también creaciones sexuales. Lo sexual se realiza como un proceso valioso en el cual los seres humanos son creadores de sí mismo y proyectan sus creaciones en el ámbito físico, bien por la creación de un nuevo cuerpo, o bien, por la transformación de un espacio o situación, en el cual irradia hacia el ambiente circundante, la forma como está viviendo su experiencia de vida.

La proyección del potencial sexual, se ve liderado por el poder que otorgado el conocimiento de sí, tanto físico como del razonamiento interior, ayudando así que la potencia de lo sexual se integre a la experiencia de vida. La proyección del potencial sexual, está mediado por la representación satisfactoria de sí mismo, o sea, hallar a través la construcción de sí, una concordancia entre el reflejo interior, el yacimiento de la capacidades internas y la proyección de expresiones armónicas de la construcción creada de sí. Esto apunta a cómo el ser humano tiene la posibilidad a medida que se construye, se crea, se recrea y se concibe, de representarse en el mundo de la manera y con el rol que se identifique.

Esta representación satisfactoria de sí, se proyecta a manera de bienestar; este bienestar entendido como el placer de proyectarse a sí mismo, por medio de un conjunto de acciones que determinan lo que cada ser humano ha logrado ser y construir en sí mismo y para sí mismo. El bienestar en esta proyección del potencial sexual, es visto como la posibilidad de poder representarse según las propias expectativas y deseos, pero también, está relacionado con el disfrutarse. Este disfrute, es precisamente poder gozar de la construcción realizada de sí mismo y de la forma en la cual, este ser humano se representa en el mundo.

En la proyección del potencial sexual, el cuidado se presenta como la edificación que se espera, sea alcanzada a través de acciones realizadas por el ser humano. Esta edificación está fundamentada en la reflexión, la autonomía, el conocimiento de sí y la transformación. El cuidado, surge de forma implícita en la interacción entre los profesionales de enfermería el ser humano, como una complementariedad que tiene origen en las acciones propuestas y construidas por el ser humano durante sus experiencias de vida.

La capacidad de construirse en un continuo, y la proyección de la potencialidad sexual, están estrechamente relacionadas con el entendimiento y voluntad. Este entendimiento relacionado con la conciencia interior que propicia al ser humano ser de una forma más elevada. La voluntad, como la decisión de representarse y construir los mapas que lo guiarán, en el transitar temporal de las vivencias humanas y la forma en la que ese ser humano será visto. Esta voluntad se sustenta en el conocimiento y el aprendizaje de sí, los cuales favorece la transformación.

La voluntad transformativa se enmarca en un deseo por el cambio, el advenimiento de lo revolucionario, de modo que, esta revolución implica no solo conocerse para cambiar sino de una voluntad para hacerlo. La transformación que se evidencia cuando hay un cambio de prácticas o comportamientos en busca del placer, el sentir de goce sexual o el restablecimiento de la armonía, lo que se traduce en la

concepción de sí mismo, la creación y recreación de su propia construcción sexual.

La sexualidad como parte de la vivencia humana se presenta como una potencia, o sea, que frente a la vivencia de un evento sexual, el ser humano tiene la oportunidad de transformar diversos elementos que tiene a su alrededor. La sexualidad humana es un elemento catalizador en la generación del ser humano, pues, contiene energía que se irradia mediante la conjunción de lo afectivo-sensitivo y corpóreo, proyectándose al entorno. Las experiencias de vida relacionadas con la sexualidad, son elementos catalizadores y transformadores, al participar de la generación de lo corpóreo (procreación) o la interacción o vinculación con el entorno.

Esta posibilidad transformadora de los seres humanos, es precisamente lo que promueve la construcción de sí mismo, y la posibilidad de crearse y concebirse de acuerdo a sus propios anhelos y expectativas. Concebirse incluye que los seres humanos advierten una revelación sexual y realicen una revolución sexual, que posibilite la transformación y repercuta en una revolución cultural.

Concebirse es poder descubrir en sí mismo, la capacidad de cultivar su sexualidad; al cultivar la sexualidad, se logra una mejor expansión de sí mismo, como sujeto, como ser sexual más sofisticado, más elaborado, más complejo.

Cuando se trata de sexualidad humana, concebirse y construirse se presentan de forma simultánea, pues, un ser humano se concibe y se va construyendo al mismo tiempo, y tanto la construcción como la concepción son dinámicos, así que, un ser humano se concibe e inicia la construcción de sí mismo, y mientras se da el proceso de transformación encaminada a la construcción, nuevas concepciones de sí pueden surgir, movilizand o nuevas construcciones y a la vez nuevas transformaciones. Por ello, en la construcción sexual no simplemente se crea, sino que se está en constante recreación y cambio.

La palabra recrearse tiene doble aseveración, una, relacionada con la continua concepción de sí mismo, con concebirse para sí de forma inagotable, por eso los seres humanos están en continua recreación; la otra, está relacionada con la recreación como un goce. Así, podemos relacionar al ser humano con su continua recreación y a la vez con el goce y el placer experimentado por estar en construcción.

El movimiento como algo inherente en el proceso de construcción, se percibe como una corriente de flujo interno, la cual, se movilizan para generar cambios en sí

mismo. La transformación continua y el cambio se presentan como un elemento innato en la naturaleza de lo humano. Los seres humanos tienen la capacidad y en especial la libertad de hacer un cambio, de modificar su actuar y por ende de participar en su propia concepción.

Los grandes cambios surgen del ser humano que se atreve a hacerlos, este ser realiza un compromiso frente a la transformación de sus pensamientos, comportamientos y prácticas, en el cual, se confirma su capacidad para generar una revolución de sí mismo, generando complacencia por los eventos significativos que modifican a través de la restructuración de las vivencias que tienen; en el cambio de mentalidad, los seres humanos se atreven a derrumbar sus propios paradigmas, realizando una metamorfosis de su vivencias sexuales, centrados en un proceso reflexión que aporta al cambio de mentalidad. La transformación se presenta como un evento revolucionario, en el cual, el cambio se da y nada queda como era inicialmente.

Los cambios y las transformaciones, se vinculan a la libertad y el libre albedrío, aprovechando la filiación que tiene con los otros seres humanos y las posibilidades que ofrecen las vivencias, modifica prácticas o comportamientos en busca del placer, el sentir goce sexual o el restablecimiento de la armonía, lo que se traduce en la concepción de sí mismo y la creación y recreación de su propia construcción sexual.

La capacidad de construirse de forma continua, es un proceso activo y práctico, pues, no sólo se relaciona con el cambio de mentalidad proveniente de la reflexión, sino que, la construcción está mediada por el movimiento a través del cual se espera o se aspira llegar a un estado. Construir sin una guía puede hacer que se pierda el sentido o la dirección, de tal modo, es deseable construir visualizando el punto al cual se espera llegar, o sea, guiado por su propio deseo interno de llegar a donde desea “autorrealizarse”. La idea de dirigirse a un estado concebido para sí mismo, integra la construcción sexual con la autorrealización.

7.3.3.5 Autorrealización

La autorrealización es el último elemento de la construcción sexual, esta es alcanzada después de transitar por los elementos antes mencionados. La autorrealización, en el cuidado de la sexualidad de los seres humanos, expresa la forma en la cual ese ser se construye y se consolida en su propia existencia, fundamentándose en su experiencia. Autorrealizarse es la posibilidad de llegar a la

esencia de sí, por medio de la construcción y la transformación; en esta construcción, es importante resaltar la relevancia que tiene la sexualidad humana como parte de la esencia que integra al ser.

En la autorrealización, el ser humano va en búsqueda de conocer lo que es y lo que desea ser, en este sentido, lograrse a sí mismo, superando la expectativas de los límites que prescribe lo orgánico, o sea, el cuerpo envejece e independiente del envejecimiento, el ser humano logra ser lo que desea ser para sí; esto promueve en el ser una re-significación a la experiencia de vida, donde logra lo que se desea ser, se traduce en una autorrealización siempre impregnada de libertad reflexiva.

En la autorrealización confluyen la búsqueda y la validación de sí mismo, una construcción afín a sí, el bienestar inmerso en la vivencia humana y la proyección del bienestar construido (Figura 7.14). Es así como, el ser humano siempre “insatisfecho” se lanza a una búsqueda de sí mismo como un medio para validarse y construir un camino que lo lleve a la autorrealización.

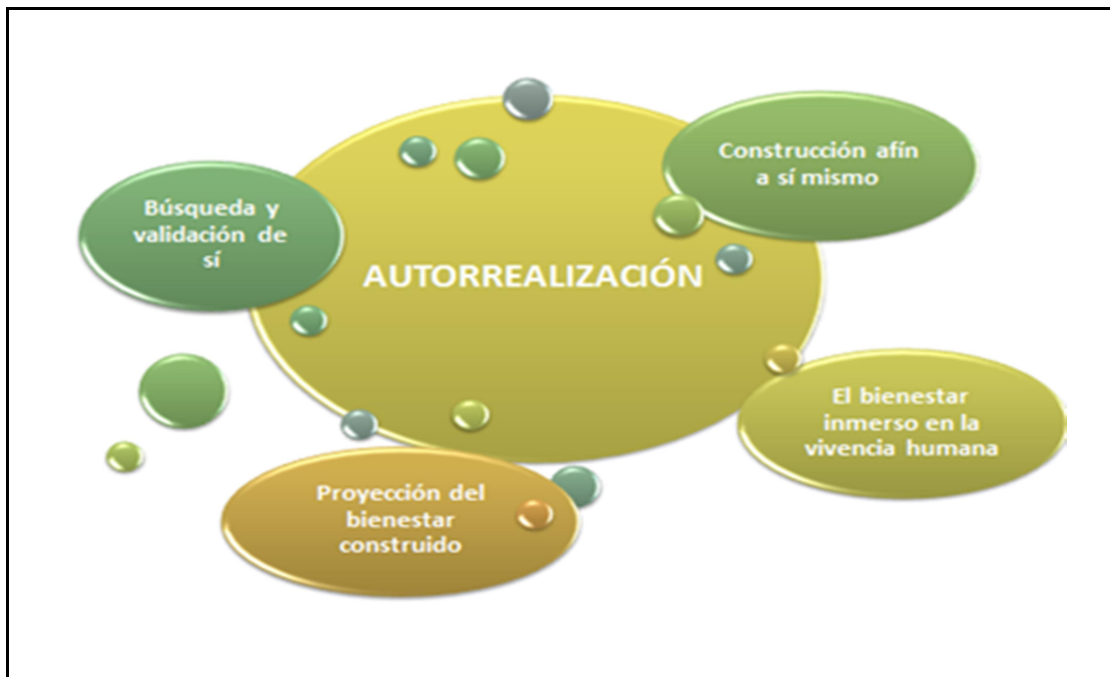


Figura 7.14. Elementos presentes en la autorrealización.

Fuente: Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

En la búsqueda y validación de sí mismo, el profesional de enfermería se torna en un mediador, el cual, a través del cuidado de la sexualidad promueve el encuentro del ser humano consigo mismo, facilitando el autodescubrimiento. En la validación de sí mismo como antesala de la autorrealización, la búsqueda de sí mismo es un objetivo primigenio. Salir a la búsqueda de sí mismo, hasta llegar a auto-descubrirse, es el primer movimiento para la validación de lo que se es, y en especial del ser humano que se espera construir en el proceso de autorrealización. El descubrimiento de sí y la posterior construcción continúa de sí utilizando la reflexión, apunta a una validación de sí mismo.

Ser válido para sí mismo, tener un valor para sí mismo indica que el ser humano inicialmente tenga la capacidad de identificarse como un ser humano sexuado y que posteriormente integre directa o indirectamente prácticas como principios básicos para el bienestar sexual. Estas prácticas, están estrechamente vinculadas con las acciones que el ser humano realiza para crear, conservar, mantener y mejorar la manera en la que se relaciona con sí mismo. En esta validación, las prácticas enfocadas a establecer el cuidado de sí, incluyen conocer, apreciar y valor su corporalidad o imagen corporal y a acrecentar la afinidad por sí mismo (autoestima).

La autorrealización incluye que cada ser humano se busque a sí mismo, para posteriormente validar lo que encuentra y lograr construirse frente a sí mismo y frente a la vida; esta validación aporta a una construcción consolidada de sí, promoviendo la expansión del ser al espacio circundante. La validación del ser humano, genera un flujo equilibrado, dinámico y armónico entre las vivencias del ser y lo que este esperaba al vivirlas, desarrollando la armonía un espacio de vinculación consigo mismo.

Como resultado de la validación de sí mismo, el ser humano logra encaminarse hacia una construcción afín a sí, o sea, desde los propios cánones y/o patrones, así como, desde las expectativas individuales y a la medida de cada individuo; entonces, durante la experiencia de vivir el ser humano está en constante construcción y transformación, como un camino que lo conduce hacia su propia autorealización.

En la construcción que el ser humano hace afín a sí mismo, este se embarca en la búsqueda de la esencia del amor; este amor entendido como a la afinidad que descubre y afianza hacia sí mismo. En la búsqueda de la esencia del amor presente en la afinidad que tiene por sí mismo, el ser humano logra construir aquello que quiso y deseó para sí.

Este asunto de lograr ser, lo que se quiso ser, está acompañado por otra búsqueda y

esta, es precisamente la búsqueda de la plenitud y la satisfacción. Cuando el ser humano busca y construye la afinidad hacia el mismo que desencadena en la esencia de lo amoroso, surge la plenitud y la satisfacción en sí mismo, esto se materializa con los actos y las vivencias que experimenta, por ejemplo: crear proyectos, transferir o recibir información, ofrecer o recibir compañía, expresión de afecto y/o amor y acompañamiento corporal a otro ser humano; todo esto en concordancia con lo que quiso para él.

La satisfacción experimentada durante la construcción afín a sí mismo, cruza con la felicidad, la cual, no es una cuestión ilimitada y alejada de la vivencia, sino, que es un asunto donde el ser humano a través de sus experiencias, es capaz de construir un espacio en sí mismo, para albergar las expectativas y las edificaciones que realiza. La felicidad puede definirse como un espacio no físico, sino etérico, en donde el ser humano crea, se recrea se concibe y en el especial se construye de una forma que le permite irradiar a su entorno ya sea físico o etérico, una proyección más positiva de sí mismo.

La felicidad es vista como la oportunidad de construir y crear que tiene el ser humano, así como, sentirse satisfecho, pleno y armónico con sus vivencias; esta puede ejemplificarse como una sinfonía que habita en él, donde las notas que interpreta en esta compleja sinfonía, advienen como parte de las interacciones que tiene con otros seres humanos, reflejándose en su autorrealización, la cual, es posible sólo a través de vivencias libres de coacción, de estereotipos (me graduó, voy a la universidad, luego tengo hijos).

La libertad de vivir más allá de los estereotipos establecidos por los ambientes sociales, brinda la capacidad de encontrarse consigo mismo, cimentado en lo que se deseó y se soñó ser. Lograr lo que se quiere ser, conseguir lo que se quiso ser, es un camino que se recorre, hacia el encuentro con la autorrealización, como la construcción del ser humano soñado, favoreciendo la satisfacción de lo vivido. Esta satisfacción y la construcción desde sí y para sí, a la vez recrea nuevos espacios de vinculación consigo mismo.

Autorrealizarse y lograr ser para sí mismo, es un asunto que también va más allá de los cánones físicos establecidos. En esta autorrealización, el ser humano busca construirse sano. Esta palabra sano que en ocasiones retumba como un ideal inalcanzable de bienestar, en este caso se relaciona como la capacidad humana de vincularse consigo mismo y lograr hacer una construcción nacida del ser y ejecutada por el mismo ser humano. Construirse sano es lograr una autorealización a la medida del individuo. De tal modo que, la autorrealización como comprensión, conocimiento y armonía se relaciona con el flujo del equilibrio dinámico, en el cual el ser humano

no sólo es para sí sino que se vincula a otros.

La autorrealización como parte de una construcción que cruza con la satisfacción, se relaciona con el bienestar inmerso en la vivencia humana. Este tipo de bienestar hace referencia a estar bien. Este bien, entendido desde dos puntos de vista, uno, es el bien vinculado al sentido de plenitud, de satisfacción y de conformidad consigo mismo y que a la vez, este sentimiento de satisfacción puede ser expresado al entorno; éste bien, es identificado como algo bueno, eficiente o que logra un efecto, algo que potencializa y aporta de forma positiva al ser humano. El otro punto de vista, está relacionado con el bien como un producto físico o etérico creado para satisfacer un deseo o una necesidad.

En el bienestar inmerso en la vivencia humana, los dos puntos de vista antes mencionados se integran, y en su conjunción encontramos que el bienestar es visto como una producción, creación o construcción que los seres humanos realizan en respuesta al proceso de transformación, en el que está inmersa la vida misma; la construcción será en conformidad con lo que cada ser humano desea ser para sí mismo, y que lo logra por medio de la reflexión y validación de sí mismo durante sus propias vivencias, esta construcción irradia satisfacción, placer y goce en el interior de cada ser humano y en su entorno, al sustancializar las transformaciones, en especial si estas tienen un efecto armónico para sí mismo.

En consecuencia, el bienestar lo vemos como una proyección que cada ser humano hace de la construcción que logra hacer de sí mismo; por tanto, la construcción de los seres humanos toma como fundamento la propia vivencia. Desde este punto de vista, el bienestar está circunscrito a la interacción entre los seres humanos, y los seres humanos con el entorno que los envuelve.

Las interacciones de un ser humano con otro y con su entorno, están estrechamente asociadas a las representaciones o espacios (Psicológicos-Mentales) en los que habitan los seres. El bienestar vinculado con la construcción de sí mismo, se encuentra inmerso en las vivencias e interacciones humanas, las cuales, se extienden en diversas direcciones. Cada dirección nos lleva a distintos espacios en los que los seres humanos habitan.

En la construcción que realiza el ser humano encontramos que existe un habitáculo en el cual la sexualidad vivenciada tiene su lugar y contribución. Las vivencias sexuales que acompañan la construcción de sí, en los seres humanos se extienden en diversos espacios, entre los cuales encontramos: lo físico o corpóreo, lo mental, lo social y lo temporal. Existen elementos que están presentes en varios de estos

espacios, por ejemplo la satisfacción, el goce, el placer y el disfrute, los cuales están presente en lo corpóreo, lo mental y lo social.

En lo físico o corpóreo el placer, el goce, el disfrute y la satisfacción están relacionados con las reacciones resultantes de los órganos de los sentidos frente a un estímulo. El placer, el goce, el disfrute y la satisfacción frente a los eventos que se encuentran en un espacio material, son transferidos por un elemento también material, “el cuerpo”, el cual capta y transmite sensaciones físicas.

El goce, el placer, el disfrute y la satisfacción son elementos que reaccionan de forma espontánea y natural en nuestro organismo, pero, que requieren la integración del espacio mental, para que dichas sensaciones sean afinadas, estructuradas, comprendidas, expansivas y en conclusión construidas. La mente como un espacio presente en el ser humano, capta las sensaciones físicas o materiales y las transforma en construcciones mentales que se reconstruyen, cambiando la forma en la cual, las sensaciones captadas por los órganos de los sentidos son percibidas.

La vinculación entre los espacios físico y mental, participan de la construcción del bienestar cuando integran el reconocimiento de lo físico o corpóreo en el plano tridimensional (conocer el funcionamiento del cuerpo físico), la afinidad y placer por la identificación consigo mismo, el reconocimiento y la aceptación del goce propio, la exaltación del placer en la vivencia de sí mismo y el pleno disfrute de sí (bienestar como la capacidad de gozar de sí mismo).

Durante la relación entre los espacios físico y mental, la reflexión es usada como un método para encontrar satisfacción sexual y conquistar el goce y el placer, de igual modo, el ser humano experimenta con elementos materiales (técnicas amorosas) para lograr la conquista del placer. El abanico de posibilidades que surgen durante la conquista del placer, que propician la satisfacción y el bienestar, va desde la libertad de tener una interacción sexual al margen de la cohesión, hasta el uso de los medios existentes para crear un conjunto de experiencias que puedan ayudar a vivenciar una sexualidad más tranquila y placentera. Justamente, la construcción del bienestar en el desarrollo de la autorrealización, inicia con el reconocimiento de sí en los espacios físico y mental, como el umbral del disfrute.

La construcción realizada en los espacios físico y mental tiene una proyección en otro espacio, que parece tener un origen material, pero, que en ocasiones resulta ser más abstracto, este es el espacio social. El espacio social, está vinculado a la construcción del bienestar, pues si bien, está relacionado con un lugar físico, está permeado por el cultivo de su propio mundo psicológico interno proyectado en las

experiencias de vida. En este plano, las emanaciones que provienen del goce y el disfrute por una interacción con lo propio, son irradiadas al entorno de manera que estas expresiones, vinculan a otros seres humanos. En este espacio social el ser humano se afirma mediante una sinfonía armónica con el entorno.

Desde otra perspectiva, al integrar la construcción del bienestar inmerso en la vivencia humana con lo sexual, nos encontramos con diversos conceptos que le acompañan (salud sexual, salud mental, bienestar sexual). Estos conceptos, suelen estar vinculados en el discurso de los profesionales de enfermería, cuando están al cuidado de los seres humanos y abordan asuntos relacionados con la sexualidad humana.

Los profesionales de enfermería frente al cuidado de la sexualidad de los seres humanos, realizan diferentes acciones encaminadas a un encuentro con la armonía; de tal modo que, el profesional se torna en un mediador entre el bienestar y la construcción de los seres humanos.

Las acciones que realizan los profesionales de enfermería frente al cuidado de la sexualidad humana, están relacionadas con integrar la salud mental en el proceso de identificación de sí mismo en un entorno social. En tanto que, la salud mental es entendida como el cultivo de hábitos y experiencias de vida, enmarcado en el bienestar de cada ser humano, y en actividades que posibiliten mantener las capacidades de lo corpóreo y la apropiación de sí mismo en la toma de decisiones. La salud mental, es parte de la interioridad del ser humano, de su propio mundo psicológico proyectado en las experiencias de vida; de esta forma la búsqueda del bienestar orbitada con la salud mental.

Con relación al cuidado de la sexualidad humana, encontramos que la salud sexual es representada como el goce. Entonces, el bienestar y la salud sexual son posibilidades que tienen los seres humanos de gozarse, de disfrutar de sí mismos. El disfrute en la salud sexual, proviene de las manifestaciones propias de los seres cuando están estableciendo un vínculo con otros humanos o con el entorno (placer de vincularse, erotismo de vincularse), en donde, el goce de sí mismo y el goce sexual, también, pueden ser expresiones de la esencia en armonía. En efecto, la salud sexual es vista como el bienestar sustentado en el disfrute de sí y en la posibilidad de gozarse; y se conecta con las representaciones de la salud mental que tenga cada ser humano.

Cuando el profesional de enfermería integra lo sexual en el cuidado de los seres humanos, se percibe la intencionalidad de integrar a ese ser humano en su esencia

misma. Por tanto, el cuidado de la sexualidad en los seres humanos puede ser entendido como: la integración de lo sexual en la búsqueda y construcción de sí mismo, de su bienestar y por consiguiente de su transformación y autorrealización.

El bienestar relacionado con integralidad, como parte del cuidado de la sexualidad de los seres humanos, se construye a la medida de cada ser humano y no por una condición dada previamente como lo vemos en los discursos medicalizados.

Este bienestar relacionado con integralidad, también, incluye el bienestar sexual como un concepto importante, este bienestar sexual es entendido desde dos puntos de vista, uno, lo relaciona con la claridad del rol erótico que cada ser humano tiene, o sea, con la posibilidad de disfrutar de lo erótico y del erotismo, como prácticas auto-eróticas o vinculadas a otros seres humanos. El otro punto de vista, está relacionado con el entorno, desde esta perspectiva, el bienestar sexual es la capacidad de expresar y proyectar lo que se es al entorno, además, que el entorno social acepte al ser humano tal cual es; de este modo, el bienestar sexual puede ser visto como la claridad y aceptación que se tiene de sí mismo, para sí mismo y para el entorno.

Tanto la autorrealización como el bienestar construido, se expanden desde lo individual y se proyectan a las interacciones con otros. La proyección del bienestar, conjugado con la salud mental y sexual, la interioridad, el autoconocimiento y la integralidad, hacen parte del cuidado de la sexualidad de los seres humano, y favorece el restablecimiento del disfrute, la plenitud y la satisfacción.

El bienestar como un goce continuo en las vivencias que se construyen, evoca la capacidad de elegir y la posibilidad de experimentar una sexualidad vivida de una forma floreciente. Ser floreciente en lo sexual, equivale a una inclinación experimentada por los seres humanos, en la cual, se logra desarrollar diferentes actos o vivencias que alimentan el continuo crecimiento de sí. El bienestar que se vivencia cuando el ser humano se encuentra a sí mismo y elige la forma en la que se construirá, reclama una asociación con lo erótico de lo íntimo, y con lo erótico proyectado en el entorno próximo, cuando se vincula a la convivencia social.

En la autorrealización proyectada, se aprecia un compromiso a través del cual, el ser humano se crea y construye para sí, disfrutando de esta construcción desde los diversos espacios que lo enmarcan, transmite de forma explícita (por medio de proyectos..) o de forma implícita, durante interacciones que propician vínculos, aquello que ha logrado construir.

La expansión de lo construido a manera de vinculación erótica, presenta un doble sentido en relación al bienestar, uno, es que la construcción de sí mismo genera satisfacción y por tanto al proyectar lo construido con otros seres humanos, también, es proyectada esa satisfacción. Esto es la posibilidad de proyectar la satisfacción de las construcciones realizadas, lograr no solo ser para sí mismo sino, para otros. El segundo asunto, es que la proyección de la satisfacción y el bienestar que de sí mismo emana el ser humano, entra en un influjo energético de comunicación magnética en la cual, el dinamismo de las vivencias satisfactorias proyectadas al momento de la interacción, facilita que su propia construcción continúe.

Es así como, aportar a otros las proyecciones construidas con el objetivo de servir y de transmitir armonía al entorno, promueve el **disfrute de las propias emanaciones vinculantes**. En las emanaciones que provienen de las construcciones internas de sí y que se irradian para sí, pueden expandirse y a través de las interacciones y los vínculos, el ser humano se proyecta y coopera en la construcción de otros, de una manera significativa y trascendente.

Los anteriores elementos hacen de la autorealización un objetivo cardinal en el cuidado sexual, y una muestra materializada de la construcción sexual realizada por los seres humanos, en la cual, desde sus propios cánones, preceptos y expectativas, el ser humano se procura un estado armónico que le facilite alcanzar estados más altos de satisfacción, disfrute y goce, logrando la edificación de sí mismo fundamentado en sus vivencias sexuales.

7.3.4 CATEGORÍA ASOCIADA A LA CATEGORÍA CENTRAL: TENSIÓN INARMÓNICA EN EL CUIDADO SEXUAL

La categoría tensión inarmónica en el cuidado sexual se encuentra asociada a la categoría central: Mediación vinculante en la edificación sexual. Esta categoría asociada, fue generada a través de la integración tanto de incidentes como de literatura científica y no científica. Se encontraron 195 incidentes provenientes de las 17 entrevistas analizadas (Tabla 7.10). En la elaboración de esta categoría asociada a la categoría central, se incorporó a través de los memorandos, información proveniente de diversas áreas del conocimiento (Tabla 7.11).

La tensión en el cuidado sexual, expresa la dualidad existente en el ser humano, esta dualidad puede aportar a la capacidad reflexiva propiciando la armonía; también, puede evidenciarse como un limitante en la expresión y la vivencia sexual, bien por obligatoriedad o imposición que ejerce el entorno frente a una acción o

comportamiento sexual, por desconocimiento o habituación a determinadas conductas (costumbres). o por la presencia de alteración en la corporalidad. En consecuencia, la dualidad circunscrita a la limitación en la vivencia sexual, se expresa como una tensión inarmonía.

Esta tensión inarmónica en el cuidado sexual, integra todos aquellos eventos, vivencias o experiencias que generan inarmonía durante el cuidado de la sexualidad de los seres humanos. La tensión, trata sobre los eventos o sucesos que forman parte de las vivencias duales que tienen los seres humanos, cuando está en el proceso de construcción de su sexualidad. Esta dualidad bien puede presentarse entorno a sí mismo, o en relación con el espacio circundante en el cual se está inmerso. Lo dual se manifiesta como una complementariedad del ser humano, presente durante la interacción social, en las concepciones particulares de cada ser humano y en conexión con su corporalidad. Si la dualidad vivenciada se presenta como una limitante de la sexualidad en los seres humanos (mitos, miedos o discriminación etc...), bloquea la capacidad de vincularse sexual, afectiva e íntimamente consigo mismo y con otros, lo que desencadena en una tensión inarmónica.

La tensión inarmónica puede presentarse por diversas razones.

1. El desconocimiento frente de las vivencias sexuales que tiene tanto los seres humanos como los profesionales de enfermería.
2. Las imposiciones culturales frente a lo esperado por los cánones sociales en relación a la vivencia sexual.
3. El desequilibrio de las funciones corporales a causa de la enfermedad.

La categoría está integrada por tres propiedades: enfermedad como alternativa vivencial- sexual, disonancias del cuidado sexual, presión cultural a la naturaleza sexual (Figura 7.15)



Figura 7.15. Propiedades que integran la tensión inarmónica en el cuidado sexual.

Fuente: Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

7.3.4.1 PROPIEDAD: Enfermedad como alternativa vivencial-sexual

La enfermedad es un suceso por el cual transitan los seres humanos durante su experiencia de vida; la presencia de esta, transforma la dinámica sobre cómo la sexualidad es vivida, sentida y experimentada. De modo que, frente a la presencia de la enfermedad, el ser humano tiene la alternativa que continuar su propia construcción, circunscrito a la aparición y manifestaciones de la afecciones.

Los profesionales de enfermería de cara a una enfermedad, procuran apoyar al ser humano en su construcción y en la adquisición o permanencia de un balance armónico que le propicie ser para sí, no obstante, la carga social, psicológica y física que genera algunas enfermedades, limitan sus aportes y contribuyen a la tensión inarmónica en el cuidado.

La enfermedad en el ser humano genera implicaciones que suelen localizarse en una parte específica de la estructura corporal, pero, al estar todo interconectado, termina afectando la totalidad del ser. Al ser la corporalidad una puerta de entrada y un medio a través del cual los seres humanos se relacionan y vinculan con otros, esta, llega a formar parte de la expresión y la vivencia sexual. En caso de enfermedad, la sexualidad queda circunscrita a esta, exhibiéndose una corporalidad marcada por la afectación y alteración.

Esta corporalidad marcada trata sobre las limitaciones generadas por la enfermedad, en relación a las vivencias sexuales que se desean tener. Las enfermedades que cruzan con la interacción sexual, la muerte, y la alteración del funcionamiento corporal, representan grandes impactos sobre el ser humano, debido a que dichas afecciones superan las expectativas sexuales, alterando las conexiones directas e indirectas que el ser humano tiene con su corporalidad, desencadenando en malestar sexual y perturbaciones en las expresiones íntimas y armónicas del ser.

La enfermedad tiene diversas formas de marcar la corporalidad y vulnerar la sexualidad; por un lado, puede presentarse impactos directos sobre el funcionamiento fisiológico de los órganos y los sentidos, produciéndose afecciones orgánicas que alteran la respuesta e interacción sexual. De otra parte, puede darse un impacto en las expresiones íntimas del ser, bien, por el rechazo que otro ser humano expresa al interactuar sexualmente con alguien enfermo, o, alteraciones de la imagen corporal suscitadas por daños o afecciones físicas, orgánicas y/o corpóreas.

Los impactos en las expresiones íntimas del ser causados por la enfermedad, generan un bloqueo de la interacción sexual que se expresa en: conflicto durante las relaciones de pareja, distanciamiento de la pareja, interrupción en el influjo de intercambios de intereses en las parejas; llegando a una sensación de indignación e incluso a la privación del disfrute, el placer y el derecho a la satisfacción.

En esta sexualidad marcada, se identifican la expresión y la vivencia sexual condicionadas por la enfermedad, lo que produce un contrasentido en la trascendencia que tiene lo sexual en la construcción del ser humano, desarrollando tensiones inarmónicas a las cuales, el ser cuidado deben enfrentarse si procuran realizar una construcción de sí mismo y de su sexualidad.

La enfermedad puede marcar la corporalidad e igualmente la capacidad concientiva de los seres humanos; esto se refleja especialmente en patologías como la enfermedad mental y la farmacodependencia, las cuales bloquean las capacidades

para razonar, causando alucinaciones, disociación de la conciencia y obnubilación del juicio para la toma de decisiones, inclusive la imposibilidad de practicar el autocuidado o cuidado de sí.

Los seres humanos que viven con estas patologías, suelen tener la conciencia reclusa en la enfermedad, esto indica que las proyecciones vivenciales y las expresiones sexuales están limitadas, generando una tensión inarmónica en el cuidado sexual. En patologías donde se presenta limitación concientiva, el cuidado suele ser ambivalente y con un alto contenido de dilemas éticos.

Por una parte, los profesionales de enfermería procuran apelar una postura ética frente al cuidado sexual, centrándose en las necesidades particulares de los seres humanos, intentando ir más allá de los preceptos establecidos por las instituciones de salud y la normativa. En esta “conciencia ética” el profesional, reconocen el derecho a la vinculación, da valor al entendimiento humano, procura custodiar y preservar la intimidad, y la reconocen como un derecho, así mismo, valora el derecho que tienen los seres humanos a vincularse sexualmente y a expresar su sexualidad.

De otra parte, el despliegue de las expresiones sexuales en ocasiones irreflexivas, debido a la alteración concientiva de los seres humanos con patología mental, propicia encuentros sexuales desinhibidos regidos por el apetito de lo corporal, sin protección y sin el discernimiento necesario para tomar la decisión de vincularse. En respuesta a esto, los profesionales de enfermería procuran proteger la integridad física de los seres humanos, enfrentándose al dilema realizar un cuidado de la sexualidad donde se confina los seres humanos a instituciones de salud. Asimismo, se rompen el principio de libertad y libre albedrío al intentar mantener las normativas, que se entrecruzan con la responsabilidad civil del cuidado institucional; un ejemplo de esto, puede verse cuando los profesionales confinan una adolescente con patología mental o en proceso de recuperación de farmacodependencia, para que esta no tenga relaciones coitales dentro de la institución de salud, de manera que, no se presente el riesgo de tener un embarazo no deseado, ni planeado.

Este tipo de tensiones entre un cuidado de la sexualidad concientiva, libre y autónoma y uno confinado y confiscado, como respuesta a un intento por procurar mantener la integridad corporal, cuando existe alteración mental que afecte la capacidad concientiva, genera no solo ambivalencia, sino, inarmonía durante el cuidado sexual. Frente a la necesidad de superponer el mantenimiento de la integridad corporal limitando el deseo y la pulsión sexual de los seres humanos, los profesionales de enfermería se ven enfrentados a restringir no sólo la libre expresión de la sexualidad, (por ejemplo, procurar que un ser humano con patología mental no se desnude en mitad de un lugar público); sino también, a circunscribir el tipo de

lenguaje y el proceso de comunicabilidad, a la capacidad concientiva, lo que, en ocasiones no facilita el desarrollo fluido de una conversación, ni la reciprocidad dialógica.

Un cuidado al margen de la libertad, autonomía y el libre albedrío, está precisamente en contraste con una mediación vinculante en la construcción sexual; por consiguiente, la enfermedad como una fuente de alteración concientiva, genera una tensión inarmónica en el cuidado sexual.

La dualidad entre las acciones de cuidado que realizan los profesionales de enfermería, crean disyuntivas sobre la manera más adecuada de cuidar la sexualidad de un ser humano con patología mental. Al respecto, el cuidado de la sexualidad en estos seres humanos está enfocado en el acompañamiento y el mantenimiento de la intimidad, también, incluye la educación y la reflexión, más, esta última está sujeta la capacidad mental de cada ser, existe, pero, es individual y llegará hasta donde el sí mismo integrado le permite llegar.

En la enfermedad como alternativa vivencial-sexual, la presencia de afecciones, también genera transformaciones en la forma como la sexualidad de los seres humanos es vivida. Estas transformaciones, no siempre están en armonía con las construcciones que el ser humano se propone desarrollar, en consecuencia, genera tensiones inarmónicas durante el cuidado sexual.

Las transformaciones que presentan los seres humanos cuando la sexualidad está enmarcada en la enfermedad, son igualmente duales. De un lado, la enfermedad en ocasiones, se promueve como una precursora de transformaciones buscando reparar las interacciones entre la pareja. Estas transformaciones, se centran en el afecto como condición anímica del acompañamiento durante la enfermedad; además, se impulsa el proceso reflexivo, intentando traer la conciencia sobre sí mismo, aún en las limitaciones del cuerpo enfermo, facilitando la resonancia de las facultades autónomas.

De otro lado, hay transformaciones vinculadas con la aflicción por el reflejo de un cuerpo enfermo, en las cuales se destacan la desolación por la transfiguración del cuerpo y el cambio en la imagen corporal, el deterioro sexual por afección corporal y la vejez o carga cronológica que limita las expresiones sexuales. Estas transformaciones, cruzan con la represión, la presencia del dolor, la depresión, el declive de la corporalidad y las representaciones psicológicas negativas relacionadas con un cuerpo enfermo.

Como parte de las transformaciones, se dan cambios que buscan restablecer el placer, pero que, pueden poner en peligro la estabilidad corporal, por ejemplo: dejar el tratamiento del cáncer o VIH por generar castración química, con el objetivo de restablecer el libido sexual y el funcionamiento corporal. En relación a esto, los profesionales de enfermería hacen una invitación a la reflexión, trayendo la conciencia hacia el interior del ser humano, intentando una aceptación de las limitaciones de un cuerpo enfermo y la apertura a nuevas formas de interacción sexual que posibiliten la comunicación, el placer, la satisfacción y contribuyan a la construcción del ser humano.

Existe por tanto, una tensión ambivalente frente a la presencia de la enfermedad. El ser humano que experimenta la enfermedad en su corporalidad, busca amar, perdonar e intenta seguir dando y expresando lo afectivo, no obstante, en ocasiones este ser se sume en la tristeza, el dolor y la desesperación. En presencia de una enfermedad que afecta de forma directa la sexualidad, el ser humano se enfrenta a la dualidad de dar, amar y seguir dando o bloquear lo afectivo y limitar la construcción de su sexualidad. Encontramos de nuevo la dualidad y una tensión inarmónica al identificar sentimientos de dolor y alegría, placer y tristeza, así como, afecto y desesperación cuando un ser humano vivencia la enfermedad como un evento que vulnera la construcción de su sexualidad.

7.3.4.2 PROPIEDAD: Disonancias del cuidado sexual

En el cuidado de la sexualidad, existe la expectativa de procurar que el ser humano se construya de acuerdo a sus propios preceptos y expectativas, lo cual se traduce en una integración armónica del ser a manera de una sinfonía interpretada, dirigida y vivenciada por el ser humano, no obstante, durante el cuidado sexual se producen algunas disonancia durante la interpretación sinfónica de sí mismo, reflejándose en inarmonía y tensiones durante el cuidado.

Existen diversos elementos que pueden generar disonancia en el cuidado; entre los cuales se encuentran: el desconocimiento y la mitificación sexual, la normalización del cuidado y los abordajes insuficientes. Con respecto al desconocimiento y la mitificación sexual, cruzan con la dualidad, pues, en el cuidado sexual, la mediación vinculante en la edificación sexual, pretende que el ser humano se construya de acuerdo a sus propios cánones y preceptos, más, algunos de estos se encuentran sustentados en el miedo, los mitos y las falsas creencias, elementos que impiden una construcción del sí mismo con libertad y florecencia.

Los seres humanos con frecuencia tienen miedos, mitos o tabúes que se han desarrollado desde vivencias sexuales tempranas, lo cual, propicia un confinamiento en la naturalidad sexual. En estas expresiones inarmónicas, el ser humano puede tener una visión punitiva y pecaminosa de la sexualidad, suelen ver con asombro o temor lo desconocido, además, de censurar lo diverso.

Estos preconceptos que llegan a modificar la naturalidad de la sexualidad, también se presentan como una respuesta a la enfermedad, a las medidas terapéuticas y al desconocimiento, bien, de su corporalidad o de los eventos que circundan la sexualidad; si se tiene en cuenta que la sexualidad es un cosmos y que tiene elementos cognoscibles y otros incognoscibles, el temor por lo desconocido y la disonancia que llega a generar este temor, se convierte en una representación natural de la dualidad que envuelve la vivencia humana.

El ser humano impregnado por el temor puede generar una coartación de su sexualidad, en consecuencia, oculta sus vivencias sexuales o las acompaña de una transfiguración negativa del significado que le da a esta, lo cual, propicia una limitación en la forma como expresa la sexualidad, e incertidumbre sobre la construcción que está desarrollando de sí mismo. Esto, deja ver la tensión inarmónica a la cual un ser humano se enfrenta cuando intenta realizar una construcción de su sexualidad regida por sus propios preceptos y cánones, en especial si están enmarcados por el temor, dolor, miedo o mitificación de la sexualidad.

La imposibilidad de construir la sexualidad con naturalidad, no enmarcada en el miedo o temor, se evidencia cuando el ser humano procura no saber de sí, ni de su capacidad de auto-dirigirse, traduciéndose en una reflexividad limitada por la mitificación y el desconocimiento de sí, generando una auto-restricción del cuidado sexual.

El temor o el miedo, se entrecruzan con las vivencias sexuales de los seres humanos al margen o alejada del placer, o con una sexualidad preconcebida como un deber para con otro y sin disfrute. Estos elementos, aportan mayor tensión y disonancia, de forma similar, el desconocimiento está relacionado con la superficialidad y la poca reflexividad que se tiene del conocimiento de sí mismo. El ser humano puede tener la intención de conocerse, más el miedo hace las veces de antítesis, o sea, como un sentimiento que frena el movimiento hacia el descubrir. En este punto, es posible contrastar la decisión como un suceso que invita a construir y el miedo como un sentimiento que frena el camino hacia la construcción.

Del mismo modo, el temor o miedo a expresar libremente la sexualidad, la percepción de acercarse a lo sexual como algo prohibido, oscuro y oculto, es parte de la ambivalencia del ser humano durante su experiencia de vida, que, desencadena en una tensión inarmónica de la construcción de su sexualidad y un cuidado sexual al margen de la apropiación autónoma de sí mismo. En relación a lo anterior, el profesional de enfermería se acerca al ser humano que cuida y procura realizar un abordaje directo de la sexualidad, intentando develar los temores, las falsas creencias, la expresiones disonantes y aprensivas; para lo cual, aprovecha la experiencia como un entrenamiento de las habilidades para realizar acciones de cuidado; en otras palabras, aprovecha las desavenencias vividas por los seres humanos que cuida, para ganar conocimientos y experticia.

Durante el cuidado de la sexualidad, el profesional de enfermería busca no solo desmitificar las vivencias sexuales disonantes presentes en el ser humano sino, realizar aportes en la re-significación del comportamiento sexual y dar naturalidad a las vivencias sexuales. En este intento de cuidar en un entorno circunscrito en la tensión y la inarmonía, desarrollan habilidades relacionadas con la prudencia y la moderación en la solución de conflictos, donde apoyan y clarifica conceptos. También, resalta lo reflexivo como un elemento clave en la adopción de una conciencia abierta, que respalden el cuidado.

La intención de ofrecer un cuidado que facilite la liberación y minimice el miedo, el temor y el desconocimiento, así como, la desmitificación de los eventos que son tabúes, se pueden opacar por diversos asuntos, entre los cuales encontramos: la normalización del cuidado y la limitación de los abordajes. Con respecto a la normalización del cuidado, existen elementos que aporta a la desarmonía durante el proceso de cuidado. Uno de lo más relevantes, se presenta cuando los profesionales de enfermería limitan el cuidado a los programas de atención establecidos por las entidades de salud, que a la vez, se rigen por políticas de salud internacionales, distanciadas de las experiencias de vida particulares que tiene un ser humano.

Delimitar el cuidado de la sexualidad a la normatividad, implica invisibilizar la sexualidad como un cosmos dejándola confiscada a los concepto diplomáticos, la burocratización del cuidado, dictámenes normativos preestablecidos y un direccionamiento del vínculo hacia la norma y no lo afectivo.

La disonancia presente en un cuidado sexual centrado en la norma, está relacionado con dejar de concebir la sexualidad desde la génesis del cuidado, condicionando las interacciones humanas a los dictámenes preestablecidos y centrando el cuidado en la norma y no en la experiencia vividas por los seres humanos; todo esto, porque el precursor y eje del cuidado deja de ser la sexualidad vivenciada por los seres

humanos, y se traslada al cumplimiento de lo normativo, de manera que, un profesional bajo esta perspectiva, brinda cuidado alejado las experiencias de vida de quienes cuida, imposibilitando la construcción sexual de acuerdo a ellos mismos, al centrar el cuidado en cumplir estándares e indicadores preestablecidos y no en la búsqueda de un vínculo que procure la construcción y autorrealización sexual de los seres humanos.

Con respecto a la limitación de los abordajes, pueden presentarse por diferentes causas; en primer lugar, sucede que los profesionales de enfermería pueden no tener los conocimientos suficiente para ofrecer alternativas de cuidado sexual, este desconocimiento se presenta bien por el desinterés de algunos profesionales a tratar y estudiar temas relacionados con la sexualidad, o también, por la extensión de la temática sexual, que al ser tan vasta, los profesionales se ven enfrentados a situaciones, temas o eventos que son novedosos, desconociendo la forma en la cual deben ser tratados y/o desarrollados, con el objetivo de lograr un cuidado mediado por interacciones vinculante para la edificación sexual.

El segundo evento limitante que generar disonancia, tensión y desarmonía en el cuidado sexual, son los preconceptos, miedos y tabúes que tienen los profesionales de enfermería; si estos profesionales no realizan un proceso adecuado de reflexión y se sustentan en la voluntad adaptativa para lograr cuidar a seres humanos con diversidad sexual y desde el propio sentir, terminarán por ofrecer cuidado sexual, desde su propio precepto y no desde la necesidades, propuestas y vivencia de los seres humanos a su cuidado.

Por último, el cuidado sexual puede generar desarmonía o ser disonante si los profesionales de enfermería se circunscriben en lo biológico y específicamente en la anticoncepción y prevención de enfermedades transmitidas por contacto genital. Esta omisión de la integralidad vivencial y sexual de los seres humanos, se da cuando el profesional se centra en lo biológico, sustentado, como se planteó anteriormente en la normatividad internacional y protocolos de atención reglamentados en el país, los cuales, no se fundamentan en un cuidado vinculante, edificante, trascendente y transformador, sino, en la prevención y manejo de afecciones corporales, o prevención de las gestaciones no planeadas.

Bien sea por confinar la sexualidad en lo biológico, por el desconocimiento que pueden tener los profesionales de enfermería sobre algunos temas sexuales y/o la limitada reflexividad de distintos profesionales que se refleja en la presencia de preconceptos, las disonancias en el cuidado de la sexualidad, favorecen la tensión inarmónica, dejando en evidencia las dualidades en el cuidado de la sexualidad, presentes tanto en los profesionales de enfermería como en los seres humanos cuidados.

7.3.4.3 PROPIEDAD: Presión cultural a la naturaleza sexual

Esta propiedad trata a cerca de la tensión inarmónica durante el cuidado en relación a lo social y cultural. El humano cuidado está inmerso en un entorno social, cultural y familiar, con este se interconecta, de modo que, el profesional de enfermería tiene el reto de incluir estos contextos en el cuidado, con el fin de proyectar sus acciones, no solo en el ámbito individual sino social. Esto implica un reto interesante pues, la sociedad en su estructura genera cánones preestablecidos para controlar sus miembros, alguno de ellos incluso no se ajustan a las expectativas que los seres humanos tiene para su propia construcción.

La naturaleza vista como un asunto relacionado con la esencia, nos indica aquellos rasgos o característica que los seres humanos tienen de forma íntima, este tipo de naturaleza la vemos reflejada en la búsqueda constante que el ser humano hace, bien para encontrarse con sí mismo, o para conocer el mundo o espacio que lo rodea; la sexualidad suele ser un medio de expresar su propio ser, logrando validarse a sí mismo, a través de la vivencias sexuales y también, aprender de sí mismo y del medio que lo rodea. En este proceso vivencia-aprendizaje, encontramos relación con el movimiento, en el cual, los seres humanos en sus vivencias, pueden determinar cambios que aporten a su construcción.

En relación al movimiento, los seres humanos vivencian lo sexual en un continuo relacionado con la etapa de la vida que están viviendo, por tanto, sus experiencias sexuales transitan entre la expresión libre de sí mismo, como una forma de representarse en el mundo. Los miedos pueden ser enseñados y aprendidos por los ambientes sociales, esto indica que, un ser humano puede validar su existencia por medio de lo sexual, pero, en contraste encontramos la permanencia de los miedos y los tabúes instaurados desde la niñez o adolescencia, los cuales perduran hasta la edad adulta y generan una tensión inarmónico al momento de ofrecerle cuidado.

En la naturaleza sexual, el movimiento se encuentra relacionado con la posibilidad de cambio o transformación que tienen los seres humanos. En ocasiones, los cambios y transformaciones de un ser humano van en contraposición y no son comprensible para las estructuras sociales y culturales; esto debido a que el desarrollo del conocimiento de sí mismo va a un ritmo, el cual es marcado por las

pautas internas del propio ser, mientras que, las percepciones o cánones sociales va a otro ritmo, posiblemente más lento y en ocasiones cohesivo, lo que representa una tensión inarmónica.

El ser humano en su proceso de construcción va a un ritmo, se piensa, y tras la reflexión se propone a realizar cambios que contribuyan a su construcción, no obstante, la sociedad no funciona con un ente que se piensa por sí mismo, pues, son los seres humanos que la integran, son los que realizan los procesos reflexivos, por tanto, las posturas que presentan un grupos cultural o social tendrán expresiones variadas y diversas; así que, la representación de un concepto en un ámbito cultural será diverso, pero, cuando estos son expresados presentan la apariencia de ser un evento puntual y específico.

Los cánones y preceptos propuestos por un grupo social, son los más representativos o que integran mejor el significado dado por la mayoría de sus miembros a un evento o concepto. Lo anterior indica que, los conceptos, preceptos o cánones sociales, sólo muestran una parte de la diversidad que tiene el grupo o estructura social del cual provienen, por consiguiente, los cambios o transformaciones de paradigmas o práctica, se realizan de forma más pausa y toma un tiempo mayor cuando procede de un grupo social, pues se debe poner de acuerdo múltiples perspectiva y destacar la de mayor acogida como el precepto o concepto del grupo social; a diferencia de un ser humano individual, el cual será su propia percepción, la que marca la pauta para generar un cambio o transformación.

De acuerdo con el párrafo anterior, en ocasiones, existe una discordancia entre los deseos, expectativas y eventos que vivencia un ser humano y lo que el grupo social al cual pertenece espera de él que viva, traducándose en una disonancia y contrasentido que puede repercutir en la forma como se brinda cuidado. Las diferencias entre lo social y lo individual presentan diversas de tensiones, una de las que genera mayor disonancias es la presión que realiza el entorno, afectando la autonomía sexual de un ser humano. Esta presión social deja ver la coartación de la libertad y la vivencia sexual.

La presión social o del contexto, hace referencia al acoso e imposiciones que ejerce un grupo sobre un ser humano, con la intención que éste viva y realice acciones o tenga comportamiento que son considerados por el grupo como convenientes, deseables e incluso ideales; el ser humano coartado accede a la presión o imposición pues espera ser aceptado y reconocido por el grupo social.

La discordancia entre las exigencias realizadas por el entorno social y las expectativas propias de cada ser humano, pueden identificarse cuando durante el proceso de cuidado el profesional de enfermería aprovecha el diálogo que tiene con el ser humano y lo utiliza como un instrumento revelador, a través del cual, este expresa sinceramente el sentido profundo de las vivencias y los hilos ocultos de la coartación social, publicando una intimidad condicionada a la cohesión.

Este tipo de presión, propicia tensión en la forma como el ser humano expresa su sexualidad, al exigir de éste una falsificación de sus deseos íntimos y una representación irreal del placer. En caso de no acceder a las exigencias sociales, el ser humano será objeto de burlas, discriminación e incluso marginación; en consecuencia, la presión del entorno se relaciona con los contrastes de la realidad durante la vivencia sexual, en especial cuando se sobreponen los prototipos esperados por la sociedad y el contexto como una acción impositiva y disonante.

Esta presión social, aporta tensión e inarmonía al presentarse una contención de la libertad, des-autonomía y una transfiguración sexual negativa, que resalta el poder opresivo en las interacciones afectivas, condicionando el placer a la opresión social, lo que desencadena en una sexualidad centrada en el no disfrute, y con frecuencia vinculada a las imposiciones tradicionales; son más frecuentes en el género femenino, las cuales, comúnmente se nutren de costumbres familiares replicadas para coartar las expresiones sexuales de las féminas.

En las imposiciones tradicionales, se utilizan como estrategia la transferencia cultural del miedo, la cual, condiciona y precipitan la aparición de tabús. Estos eclipsan y ejercen, también, una presión sobre la naturaleza sexual; los tabús suelen provenir de instrucciones tradicionales, generalmente difundidos por el ámbito familiar, que mitifican las expresiones sexuales, siendo usados como elementos de control social. La participación de la familia en la imposición social y la presión sobre la naturaleza sexual, se da cuando por medio de las interacciones de los miembros de una familia, transmiten y enseñan el miedo como parte de una tradición o una creencia.

La familia como parte de la estructura social transmite elementos en los cuales el ser humano se fundamenta, uno de los más relevante es la creencia sobre un ser divino y la religión, los cuales, suelen ser precursores de mitos relacionado con la sexualidad, además, recubren la vivencia sexual de misterio, silencio y ocultismo, aumentando la posibilidad de una mayor presión y control de la estructura social sobre el ser humano, cuando superpone los mitos o tabús vinculados a lo divino, sobre las pretensiones o deseos de lo humano.

La participación de la familia, como parte del cuidado sexual resulta ser ambivalente, pues si bien, esta puede ser un apoyo en eventos complejo para el ser humano como la enfermedad, también, la percepción de la sexualidad puede centrarse en tradiciones, costumbres mitos y creencias falsas, convirtiéndose en una fuente de imposición y control de la naturaleza sexual, convirtiéndose en algo impropio.

En el cuidado de la sexualidad, los profesionales de enfermería participan presentando a los seres humanos que cuidan, posibles alternativas vivenciales en relación a la sexualidad, a través de las cuales, procuran minimizar el desconocimiento, clarificar los mitos, des-estigmatizar los tabúes e invitar a la apropiación de la autonomía, con el objetivo de centrar y transformar los miedos.

En este cuidado de la sexualidad, el profesional de enfermería procura trascender las exigencias del control social, y no ser un precursor de los miedos, mitos o tabúes, clarificando las experiencias vividas y reconociendo lo sexual como un fundamento a través del cual, el ser se construye, buscando una liberación sexual, a través de un intercambio de sí mismo con el entorno.

En el cuidado de la sexualidad relacionado con la naturaleza de la expresiones se evidencia que los profesionales de enfermería desarrollan diferentes estrategias para vincularse con los seres humanos durante los momento de cuidado, las cuales, permiten que la interacción entre el ser humano cuidado y el profesional tenga sentido, intimidad y significado.

Enfrentarse al contexto social puede ser en ocasiones un reto, pues, es posible que en este, los profesionales de enfermería se encuentren con una realidad desconocida y con diferentes eventos como el miedo, la presión social y la restricciones religiosa, que bloquea la forma en la cual el ser humano se piensa y se transforma, siendo posible percibir una tensión inarmónica del cuidado sexual, la cual, repercute en la mediación vinculante en la edificación sexual.

7.3.5 Definición del concepto: Mediación vinculante en la edificación sexual

La mediación vinculante en la edificación sexual está conformada por las propiedades interacciones vinculantes, mediación en la experiencia sexual y la construcción sexual. Cada una de ellas posee diversos elementos presentes en los

momentos que se cuida la sexualidad del ser humano, estos confluyen alrededor de un todo que es el ser. Existe una categoría que acompaña la categoría central, identificada como tensión inarmónica en el cuidado sexual, en la cual se evidencia las disyuntivas, disonancias, restricciones y limitaciones que se presentan durante el cuidado de la sexualidad en los seres humanos.

La confluencia entre las propiedades de la categoría central y la categoría asociada a esta, integran "*La mediación vinculante en la edificación sexual*"; esta se constituye en un fundamento cuando existe una interacción entre el ser humano y el profesional de enfermería, con la pretensión de avanzar en la edificación de la sexualidad de los primeros, aportando conocimientos, aprendizaje en fin, el desarrollo de experticia en el cuidado de la sexualidad por parte de los últimos.

Reconociendo que existen tantos tipos de sexualidades como de expresiones humanas, las cuales, están mediadas por el momento en el cual está transitando el ser humano, o sea, si está enfermo, es joven o adulto, adolescente o madre. El cuidado de la sexualidad, se reaccionan en todas las expresiones y vivencias del ser humano, cruza con el conocimiento de sí mismo, con la identificación de sus limitaciones, fortalezas y además, con la necesidad inefable, tangibles e intangibles que lo lleva hacia una búsqueda de la felicidad, el bienestar, la posibilidad de concebirse y autorrealizarse.

La mediación vinculante en la edificación sexual son los intercambios fluidos y magnéticos que realizan los profesionales de enfermería y los seres humanos, con la pretensión de que los últimos logren realizar una construcción de sí mismo y de su sexualidad, a partir de sus propios precepto y cánones, sustentados en sus vivencias y experiencias, logrando una mejor representación de sí mismo, cada vez más elevada.

En esta mediación vinculante existe una invitación al reconocimiento de lo sexual como un asunto innato, se fundamenta en la reflexión sobre sí mismo y en la libertad de aprender de las propias vivencias armónicas o inarmónicas. Así que, mediante acciones tangibles los seres humanos van desarrollando y muestran una concordancia entre lo que son y la forma como se proyectan en el entorno.

En esta mediación vinculante, el profesional de enfermería es un mediador, quien promueve la conexión del ser humano con sí mismo a través de enlaces fluidos y armónicos, que surge de una empatía individualizadora y se sustancializan a través de la generación de confianza y credibilidad; en esta mediación se integran las

afinidades, permitiendo un encuentro con lo íntimo del ser humano, que contribuye al empoderamiento en el cuidado de su sexualidad. El ser humano usando la energía sexual como una fuerza que nutre la creación y la potencialidad, desarrolla la capacidad de ejercer una autonomía sustentada en la libertad; la finalidad de construir teniendo como fundamento la sexualidad, hace que el ser humano logre proyectar su potencial creador y se conciba, usando las revoluciones internas que favorecen la transformación.

En la (Figura 7.16) presentamos la integración de los distintos elementos que constituyen la mediación vinculante en la edificación sexual, en esta imagen, se encuentra una esfera armilar o astrolabio esférico, el cual simboliza el movimiento y la superposición constante de los elementos presentes en el cuidado de la sexualidad de los seres humanos. Estos elementos se sustentan en las experiencias de vida de estos seres, las cuales, son inconmensurables, diversas y particularizadas, por lo que el eje central, el sol de este sistema y el centro de este pequeño universo es el ser humano.

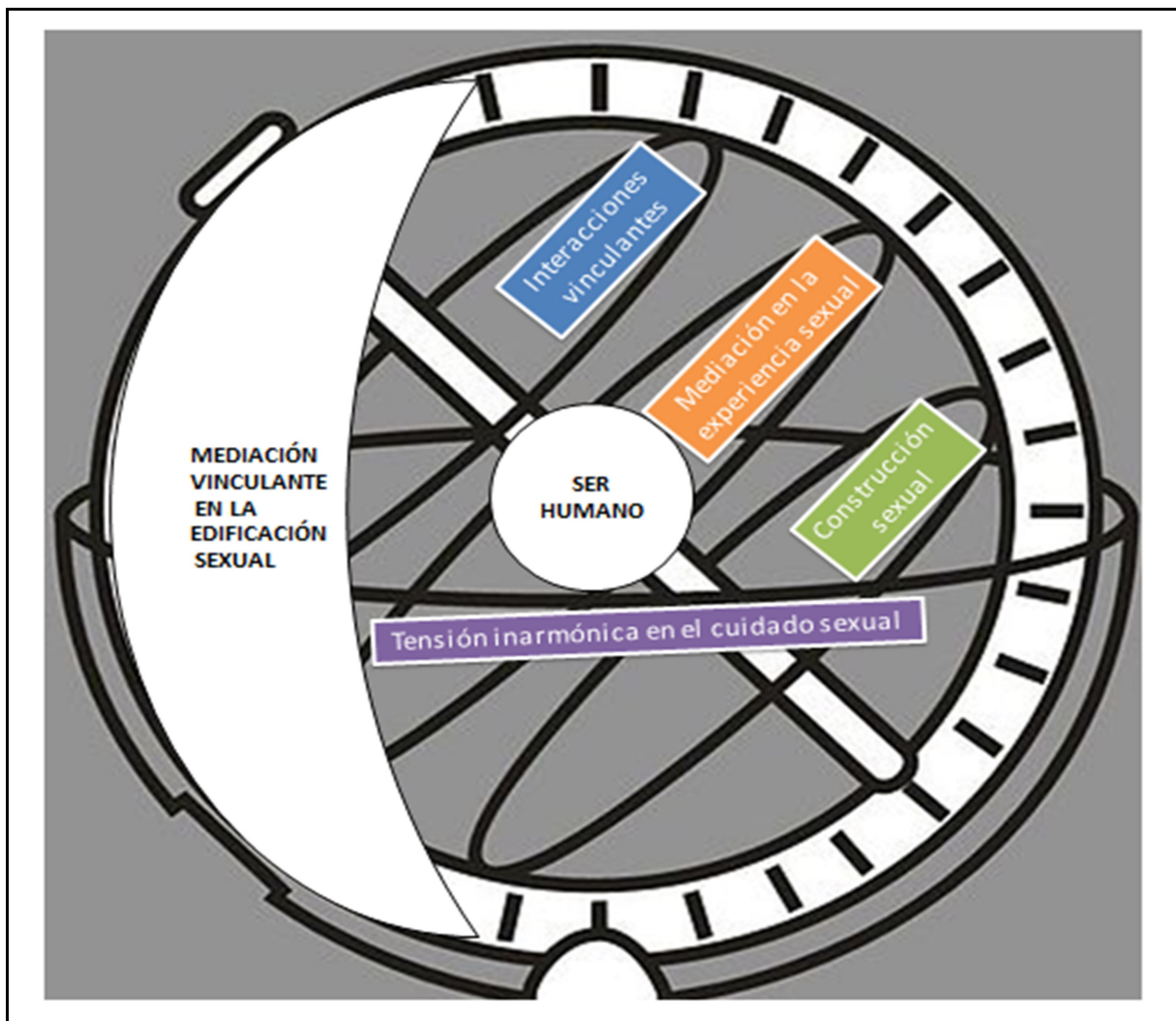


Figura 7.16. Elementos que integran la mediación vinculante en la edificación sexual

Fuente: Basados en entrevistas abiertas realizadas durante la investigación y en la literatura u otras fuentes catalogadas como de carácter científico y no científico incorporadas en los memorandos.

8. CONTRIBUCIONES EPISTEMOLÓGICAS A LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA PROVENIENTE DEL CONCEPTO DE CUIDADO DE SEXUALIDAD HUMANA

8.1 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA AL MARGEN DEL CUIDADO DE LA SEXUALIDAD

Durante este proceso investigativo, los datos aportaron información que propició la identificación de conceptos del metaparadigma de enfermería, en el cuidado de la sexualidad de los seres humanos. En el desarrollo de estos conceptos se tomaron 17 entrevistas abiertas, en ellas se identificó la definición o descripción que se realizaban de los conceptos metaparadigmáticos; la alusión a estos conceptos estaban en los datos, tanto de forma explícita como implícita, cuando los profesionales de enfermería narraban sus experiencias durante el cuidado de la sexualidad en los seres humanos.

A continuación se presentan los cuatro conceptos del metaparadigma vinculados al concepto: mediación vinculante en la edificación sexual, surgidos de las experiencias del cuidado de la sexualidad humana, además, se indica la visión del mundo y los patrones del conocimiento en enfermería que rige el proceso de atención de los seres humanos a los cuales se les realizan cuidados relacionados con su sexualidad.

8.1.1 Ser Humano

Durante la mediación vinculante en la edificación sexual, el ser humano es concebido como creación en continua construcción acorde a sí mismo. Está integrado por un universo que lo definen y proyectan, el cual está relacionado y en constante movimiento; está contextualizado en un espacio externo (entorno físico) y un espacio interno (lo corpóreo, lo mental, lo concientivo, lo etérico y lo magnético). Estos elementos tienen su funcionalidad, procesos y transformaciones, las cuales se integran y/o superponen en las interacciones o vivencias.

Las interacciones de un ser humano con otro y con su entorno, están estrechamente asociado a la representación o espacio (Psicológico-Mental) en el

que los seres humanos habitan. La construcción de sí mismo se vincula con bienestar de este ser, el cual se encuentra inmerso en las vivencias e interacciones humanas las cuales se extienden en diversas direcciones. Cada dirección lo lleva a distintos espacios en los que los seres humanos habitan. El ser humano en su proceso de construcción se encuentra circunscrito en lo dual. Esta dualidad, que es algo implícito en la vivencia humana, le facilita contratar las construcciones que realiza, propiciando un impulso de alcanzar un estado armónico.

8.1.2 Cuidado de Enfermería

En la mediación vinculante en la edificación sexual, el cuidado de enfermería es un medio a través del cual los seres humanos procuran reivindicar su existencia y mantener su armonía. El profesional de enfermería se centra en el ser humano, lo individualiza y lo acompaña en su construcción. Este cuidado es un acto de proximidad y afecto a través del cual el profesional de enfermería se vincula con la lo íntimo del ser humano que cuida y se compromete a custodiar esa intimidad. Durante los momentos de cuidado, el profesional de enfermería utiliza la comunicación como una estrategia de proximidad.

El cuidado de la sexualidad es trascendente, va más allá de lo físico y lo corpóreo; el profesional reconoce esa trascendencia, así como, las particularidades de cada ser y procura cuidar en relación a estas, del mismo modo, el profesional está dispuesto a sobrepasar los dictámenes establecidos por los protocolos y la institucionalización, con la intención de que el ser humano sea para sí y logre la satisfacción y la autorrealización.

8.1.3 Medio ambiente

El espacio circundante físico o etérico está demarcado por lo intrínseco y extrínseco del ser humano. En este espacio se tiene en cuenta las interacciones con sus pares, los medios de comunicación, el medio ambiente y las transformaciones físicas sucedidas en su entorno. El ser humano posee un microcosmos, un intercosmos y un macrocosmos, siendo el primero un espacio en el cual se relaciona consigo mismo; en el segundo se proyecta y se relaciona con los seres humanos que lo rodean; en el tercero, el ser humano se vincula con las dinámicas celestes, se intercomunica con ellas, e intercambia energía, de forma magnética. La relación armónica entre estos tres cosmos favorece en los seres

humanos su construcción y transformación.

Los espacios que integran tanto lo interno como lo externo en un ser humano, se relacionan con la temporalidad del ser. Esta incluye los contextos de actualidad, así como, la etapa del ciclo vital que está viviendo. En relación a los espacios externos, el ser humano se relaciona con su cultura, esta ofrece tensiones entre la creación que el ser desea realizar de sí mismo y las tradiciones que en ocasiones están impregnada de temor y desconocimiento; estas últimas suelen aprenderse, enseñarse y heredarse.

8.1.4 Salud Enfermedad

El ser humano puede encontrarse en diversos estados de equilibrio, proyección e irradiación; y estar en un estado armónico o inarmónico. El proceso de salud en el cuidado de la sexualidad, se relaciona con el estado armónico que alcanza un ser humano, en este el ser humano logra ser, expresarse y vivirse de acuerdo a su propia concepción. Esta vivencia plena de sí mismo le posibilita llegar a la esencia de sí por medio de la construcción y la transformación, desde los propios cánones y/o patrones, acercándose a la satisfacción y la autorrealización. Estar sano en una mediación vinculante en la edificación sexual, corresponde a la libertad y aceptación de las vivencias sexuales, incluyendo el bienestar como la armonía consigo mismo.

En contraposición encontramos los estados inarmónicos los cuales suelen relacionarse con la enfermedad. En estados no armónicos los seres humanos presentan dificultad al intentar desvincularse de procesos o vivencias que impiden la interacción armónica de sí mismo y la construcción de sí de acuerdo a sus propios preceptos. Esta desarmonía la puede presentar un ser humano a lo largo de su experiencia de vida, y relacionarse con su corporalidad, capacidad mental, razonativa o etérea. La presencia de estados inarmónicos en el ser humano estimula las relaciones de cuidado entre él y los profesionales de enfermería.

8.2 VISIONES DEL MUNDO VINCULADAS EN EL CONCEPTO CUIDADO DE LA SEXUALIDAD

El ser humano durante la mediación vinculante en su edificación sexual, se desplaza armoniosamente por las distintas visiones del mundo. Esta posibilidad de

moverse por las distintas visiones del mundo la hemos denominado una visión sincrónica. En esta, el ser humano se vincula con una visión Integrativa-interactiva y la unitaria transformativa. Esta visión sincrónica, tiene su procedencia en la forma como el ser humano se intercomunica con el espacio circundante y consigo mismo. Un ejemplo de esto sería: durante la interacción entre los profesionales de enfermería y los seres humanos, puede presentarse la búsqueda de un cuidado revivificante, sanador y en constante reconstrucción, lo que corresponde a una visión transformativa y de forma sincrónica, este momento de cuidado cruzar con un evento que se vincula a lo orgánico y/ lo social, o sea el contexto, el cual se vincula con una visión integrativa interactiva.

El propósito del cuidado en esta visión sincrónica es la construcción de un ser sexual por medio de un proceso introspectivo, enmarcado en la libertad y el libre albedrío que lleva a una autonomía de orden mayor (visión transformativa) y las acciones reflexivas para el mantenimiento de lo corpóreo, incluyendo la interacción fluida con otros los seres humanos (visión integrativa interactiva), reflejándose de nuevo la relación entre la visión transformativa e integrativa.

El ser humano en esta visión sincrónica está relacionado con la temporalidad presente en la experiencia de vida, así mismo, interactúa con el contexto, el cual está integrado por lo intrínseco (cuerpo y mente) y los extrínseco (sociedad y cultura), elementos inmersos en una visión integrativa; también, encontramos a este ser humano en constante construcción e irradiación, lo que se relaciona con una visión transformativa.

En esta visión sincrónica encontramos como la valoración de los seres humanos se realiza en diferentes sentidos y con diversas técnicas; de un lado encontramos la escucha, como un medio para acercarnos al ser humano interactuando energética y magnéticamente con sus vivencias y experiencias, esta escucha propicia la valoración del ser humano desde un visión transformativa; asimismo, encontramos la indagación que puede realizarse bien a través de un examen físico o por medios de preguntas claves, estrategias usadas para valorar los eventos relacionados con una visión integrativa-interactiva.

8.3 PATRONES DE CONOCIMIENTO DE ACUERDO AL CONCEPTO CUIDADO DE LA SEXUALIDAD

8.3.1 Patrón intuitivo

El patrón intuitivo en los datos se revela como la capacidad que posee el profesional de enfermería de relacionarse, integrarse e interpenetrarse con los seres humanos que cuida. El patrón intuicional permite a los profesionales de enfermería en el cuidado de la sexualidad, ver más allá de la apariencia física y corpórea; podría considerarse que es la capacidad de tener una visión estereoscópica de la sexualidad de los seres humanos que cuida.

Si tenemos en cuenta que la sexualidad es un tema relacionado con la intimidad, la cual no se expresa con facilidad por parte de los seres humanos que son cuidados, entonces, tener un patrón intuicional, ofrece a los profesionales de enfermería la capacidad de recolectar información relacionada con la parte afectiva y extraerla de un plano interno e imperceptible, a un plano donde se proyecta con la relevancia que esta información o vivencia en realidad posee.

En el cuidado de la sexualidad humana, el plano intuicional tiene una fluidez natural, la cual facilita a los profesionales adaptarse a diversos eventos, escenarios de cuidado y seres humanos, con los cuales, a través de una comunicación libre y espontánea, logra reconocer aquello que es fundamental.

La fluidez y espontaneidad natural propia del plano intuicional durante el cuidado sexual, ha tenido unos cimientos previos. Estos cimientos se encuentran vinculados a los eventos y experiencias vividas por los enfermeros. Dichas vivencias suelen ser representaciones de un momento crucial durante el cuidado brindado. Lo anterior nos indica que, el plano intuicional se alimenta de las vivencias altamente significativas para los profesionales. Esto supone que los profesionales de enfermería, recurren a “lo que saben, lo que sienten, lo que hacen, así como, a la experiencia de lo que han trabajado” para alimentar este plano intuicional.

El plano intuicional se encuentra relacionado con diversos elementos, algunos tangibles, como la comunicación, la experiencia y el aprendizaje de conocimientos.

También existen elementos intangible vinculados a un sentido extrasensorial o “sexto sentido” y el intercambio magnético entre los seres humanos que se relacionan en un ambiente. Estos facilitan el acceso a un conocimiento que supera las preconcepciones y pre-establecimientos del lenguaje cotidiano, para explorar las profundidades del “alma”, lo “fundamental “ lo “íntimo” de lo humano.

Estos elementos intangibles permiten acceder al conocimiento fundamentado en una interacción profunda con el ser humano cuidado, reconociendo el reflejo proyectado por el ser, a manera de un espectro lumínico intangible, pero, fácilmente reproducible y comprensible, el cual logra ser captado por el profesional de enfermería que cuida.

Los elementos intangibles si bien pueden llegar a ser de difícil explicación están presentes de forma permanente durante los momentos en los que se brinda cuidado. En el plano intuicional, el magnetismo se convierte en un asunto crucial, este se nos muestra como una fuerza de atracción entre el profesional de enfermería y el ser humano que cuida, esta fuerza no sólo relaciona estos seres humanos sino que transmite información que los intercomunica, logrando realizar una conjunción y agregación de las vivencias, haciendo una trascripción de los códigos internos de los seres humanos cuidados, los cuales son expresados por un fluido imperceptible que circula y se interrelaciona (fluido magnético), formando una proyección del ser humano, más allá de la visión perceptible tridimensionalmente.

Los profesionales captan la información que se transmite en esta fuerza magnética y logran realizar una construcción, al integrar la información aprendida durante el proceso de interacción con los seres humanos que cuidan. La información transmitida por medio del magnetismo, se agrega de forma continua al plano intuicional, es así como, el profesional de enfermería tiene acceso a un tipo de aprendizaje que no pertenece a un plano tangible y visible.

A través de este tipo de intercambios de influjos magnéticos que comparten los profesionales de enfermería con los seres humanos que cuidan, se logra adquirir, modificar y desarrollar la destreza de ir, ver, sentir buscar y hallar elementos que se encuentran por fuera de espectro que encierra los órganos sensoriales y la capacidad de análisis de la mente sustentada en la lógica; este tipo de conocimiento que suele ser visto con cierta rareza, e incluso escepticismo, es en realidad un elemento que permite la integración de lo visible con aquello íntimo, oculto y particular que tienen los seres humanos a los cuales se cuida.

Estos elementos intangibles son fundamentales para realizar una conversación con lo íntimo de los seres humanos. En este punto, el sexto sentido hace referencia a una forma no sensorial de sentir y entender eso que se trasmite por medio del flujo magnético que comunica los seres humanos consigo mismo (microcosmos), con los otros seres humanos (inter cosmos) y con las dinámicas celestes en las que están inmersos (macrocosmos).

Retomando los elementos tangible en este plano intuicional, encontramos el proceso de comunicación como un evento importante para suscitar la narración de las diversas vivencias sexuales, durante esta narración, el profesional de enfermería escucha y usa su plano intuicional leyendo entre las líneas del discurso construido, aquello que mueve el sentir más profundo de la vivencia. En el acto de escuchar, es preciso resaltar que se integran el sentido del oído a los elementos intangibles presente en este plano intuicional, permitiendo que no sólo se escuche con los oídos, sino que se escuche de forma etérica las radiaciones que los seres humanos emiten durante este proceso de comunicación.

Otro elemento que se hace tangible en el plano intuicional es el conocimiento que se adquiere de lo corpóreo y de un área específica de cuidado. Este conocimiento suele ser en principio teórico y posteriormente se realimenta con las vivencias y experiencia que se tiene durante los momentos de cuidado.

El plano intuicional alimentado por los conocimientos permite a los profesionales poder hacer una previsión, o sea, adelantarse, lograr saber de forma anticipada las necesidades sentidas de los seres humanos en el cuidado, en un futuro cercano, y de esta forma realizar cuidados relacionados con la sexualidad que incluso prevengan posible impactos o efectos que puedan presentarse.

Para concluir, el profesional de enfermería toma los elementos tangible e intangible del plano intuicional y los fusiona poniéndolos en escena durante el cuidado de la sexualidad.

8.3.2 Patrón Artístico

En este patrón se conjuga la creatividad, la flexibilidad y la adaptabilidad del profesional de enfermería, estos atributos les facilitar vincularse con los seres humanos que son cuidados. La creatividad proveniente de creación, se relaciona

con una acción, por tanto esta propiedad de adaptación creativa nos indica que la creatividad no hace referencia a un asunto estático sino que tiene movimiento.

Para este caso el movimiento implícito en la adaptación creativa hace referencia al uso que se le da a esta creatividad en el cuidado de la sexualidad. Es así como, los profesionales de enfermería pueden hacer uso de la creatividad con la intención de transformar un evento en los seres humanos que cuida, con el objetivo de lograr asertividad durante el proceso de cuidado de la sexualidad, o bien para encontrarse con la profundidad e intimidad del ser humano cuidado.

La creatividad exige de los profesionales de enfermería tener capacidad inventiva e innovación. Estas capacidades se ven reflejadas cuando los profesionales crean por ejemplo nuevas formas de asesorar, indagar o abordar distintos eventos que pueden relacionarse con los mitos, tabúes, temores o expectativas frente a las vivencias por la que está transitando el ser humano (asesoría de enfermería en oncología en caso de estar viviendo con cáncer).

En el cuidado de la sexualidad es necesario que los profesionales de enfermería interesados en adaptar los procesos creativos en pro del cuidado, se aventuren a transitar en lo profundo de la intimidad del ser humano que cuidan, y de esta manera pueden descubrir las distintas manifestaciones humanas.

Así que, como parte del conjunto de conocimientos que alimenta la capacidad creadora de los profesionales que cuidan de la sexualidad, estos deben dejarse enseñar y procurar aprender eso que es la vida para los seres humanos que cuidan; teniendo siempre abierta la posibilidad de que en la vivencia humana, se pueden encontrar fenómenos que han de ser inimaginables.

8.3.3 Patrón Personal

Este patrón representa una emanación interna del profesional de enfermería. Esta emanación puede tener un origen innato o corresponder a transformaciones adaptativas que surgen de las experiencias prácticas durante el cuidado sexual a los seres humanos.

En relación a la voluntad innata, nos encontramos con que los profesionales de enfermería al cuidado de la sexualidad demuestra un gusto por el cuidado de los seres humanos, el servicio, el aprendizaje y la temática sexual. Esta palabra gusto

desde el contexto de cuidado sexual presenta varias posibilidades.

El gusto podemos verlo como un deseo, un placer o deleite y también, como una afinidad que permite disfrutar o saborear cuando se cuida, se sirve, se aprende o se da a otro ser humano. El gusto como un deseo o una voluntad propia del profesional de enfermería, hace referencia a un emanación interna, podría decirse que incluso es una representación de la esencia misma del profesional y por tanto, se emite una fuerza de atracción y una disposición para dar a los otros. Por medio de la proximidad, los profesionales de enfermería irradian ese deseo, permitiendo la compenetración con los seres humanos que cuidan. Desde este punto de vista, el profesional de enfermería brinda un cuidado con gusto, o sea, nacido de su propia voluntad, porque desea y quiere hacerlo; así que, el acto de cuidar al ser, es algo que se desea hacer, se vislumbra como una decisión que los profesionales de enfermería toman.

Decidir servir, cuidar, aprender y dar trae a los profesionales placer y deleite, vemos acá otro aspecto del gusto.

Adaptar los cuidados para dar respuesta a las vivencias por la que transita un ser humano, exige del profesional de enfermería una voluntad especial. En ocasiones deberá asumir el reto de indagar sobre nuevas áreas del conocimiento e incluso el aprendizaje y/o capacitación en diversas áreas de conocimiento que les permita complementar los conocimientos previos.

Los retos al que se enfrenta el profesional de enfermería durante el cuidado de la sexualidad, requieren de una voluntad que le permite templar o modelar su propia naturaleza. Frente a este aspecto, los profesionales de enfermería suelen apelar a su ética fundamental interna y a través de la reflexión sobre sus prácticas, les es posible identificar sus propias barreras y/o preceptos que se suscitan al compartir las vivencias sexuales de los otros.

8.3.4 Patrón Ético

Los profesionales de enfermería como los otros seres humanos tienen principios con los que desarrollan de su práctica profesional. Estos principios pueden provenir de diferentes fuentes. Una, es las normas deontológicas de la profesión; estas son enseñadas como parte de la formación profesional y se encuentran relacionadas con el espíritu de servir y el precepto: el cuidado realizado (acto de

servicio), sea en bien del ser humano.

Otra fuente de estos principios, está vinculada a las proyecciones internas de cada ser humano. Acá los principios se relacionan con las expresiones propias de los profesionales de enfermería, presentes su naturaleza humana, donde el servicio se muestra como una reflexión innata sus facultades humanas. Estas facultades humanas se relacionan con un influjo positivo y ascendente, en el cual, los profesionales de enfermería se interrelacionan con los seres humanos para comunicar a manera de mensajes, las fuerzas cósmica universal irradiadas.

Una última fuente de los principios, se encuentra relacionada con la experiencia; estos principios provienen de los aprendizajes que se desarrollan, por las experiencias y vivencias que tienen los profesionales de enfermería en los momentos que brindan cuidado, lo que resulta ser una fuente muy valiosa para el desarrollo de los principios, pues, estos no provendrán exclusivamente de lo normativo (principio deontológicos) de lo intuitivo y/o estético (proyecciones propias) sino que, se sustentan en las experiencias prácticas, siendo modelados por las interacciones que se tengan con el otro.

En el cuidado de la sexualidad los principios provenientes de estas tres fuentes se conjugan e integran, rescatando como principal protagonista el ser humano cuidado. Algunos principios éticos en el cuidado de la sexualidad son: la prudencia, la libertad, la templanza, la reflexividad y el amor. Estos son grandes potencializadores al favorecer la interacción, reflexión e incluso la transformación del ser humano. De estos principios se rescata un elemento trascendental como el principal potencializador: el amor. Este principio fundamental se sustenta en relaciones de amistad, donde el profesional de enfermería promueve un lenguaje que combina la fluidez sutil de las palabras y las profundidades de los significados, permitiendo una transmisibilidad armónica de los contenidos dialógicos. El amor como potencializador brindar una caricia por medio del lenguaje posibilitando la reflexión, comprensión y transformación.

La prudencia como principio y a la vez como una virtud, surge en los principios deontológicos de la profesión (el secreto profesional), pero, se afianza durante las experiencias de cuidado, en especial, en el cuidado de la sexualidad, pues, los seres humanos confían su intimidad a los profesionales de enfermería quienes reciben esta información como un joya que preservan con ayuda de la confidencialidad. La prudencia propicia un diálogo donde la culpa, el miedo y la censura no son los protagonistas. La prudencia invita a un diálogo, en el cual el ser humano expresen libre y tranquilamente sus vivencias sexuales, facilitando que aflore la reflexión como una expresión de la intimidad, realizando al ser como

centro del cuidado y como principal gestor de sus propias transformaciones.

La prudencia se entrelaza con la templanza pues la segunda permite que el profesional de enfermería modele su temperamento cuando cuida asuntos relacionados con la sexualidad, adaptándose a los seres humanos y contextos; facilita a los profesionales de enfermería reconocer sus limitaciones pero, a la vez educa sus acciones, las cuales en compañía de la prudencia, favorecen un encuentro con el otro libre de juicios, discriminación o marginación, reconociendo al ser humano como el guía y precursor de sus propias transformaciones. En esta vinculación con la templanza, la prudencia, potencializa un cuidado de la sexualidad con cautela, inteligencia y observancia, en el cual el profesional de enfermería intenta entrelazar esta virtud con el respeto hacia quien cuida.

La libertad como una representación del libre albedrío, es en el cuidado de la sexualidad la máxima expresión del respeto. Dejar que otro sea para sí y que se construya de acuerdo a sí mismo, es el cimiento en el cual descansa las acciones de cuidado de los profesionales de enfermería.

La reflexividad, o mejor, ser reflexivos se otro principio potencializador que desarrollan los profesionales de enfermería, al cuidar aspectos relacionados con la sexualidad de los seres humanos. Esta, favorece a los profesionales de enfermería escudriñar sus reacciones sensitivas frente a los momentos de cuidado donde se entrecruzan vivencias duales, o sea que, se entremezclan el dolor, el miedo, el placer y la esperanza. Estas vivencias duales, permeadas por la reflexividad genera un recurso valioso para el desarrollo de cuidados más refinados y centrados en las necesidades particulares de los seres humanos.

La inclusión de la reflexividad durante las prácticas de cuidado, les permite a los profesionales comprender el conocimiento de lo sexual como un asunto infinito y con muchos matices, que se integran a la totalidad de lo humano; en consecuencia, saber o conocer todo sobre el tema, resulta ser una utopía, por tanto, al reconocer que no se sabe todo, la participación de otros profesionales en el cuidado de la sexualidad resulta ser valiosa e incluso necesaria.

8.3.5 Patrón Empírico

En la mediación vinculante de la experiencia sexual, el patrón empírico posibilita convertir la experiencia práctica en una oportunidad para el aprendizaje. Esto

implica que, los profesionales de enfermería reconozcan la sexualidad como un asunto relevante e ineludible de los seres humanos.

Tener la capacidad de reconocer la sexualidad como un asunto fundamental, no se da espontáneamente. Es importante para este reconocimiento, la experiencia práctica, pues, a través de la interacción que tiene el profesional de enfermería con los seres humanos, es posible identificar la manera en la cual la sexualidad aflora como una parte vital de las vivencias humanas.

Los profesionales de enfermería durante las interacciones de cuidado, suelen encontrarse con situaciones que vinculan lo sexual en lo humano, surgiendo requerimientos continuos relacionados con temas sexuales, logran vislumbrar la relevancia de la sexualidad en la vivencia humana.

Por medio de la interacción con los seres humanos, el profesional de enfermería va forjando una comprensión de lo que es la sexualidad de quienes cuida. No obstante, esta comprensión es constantemente contrastada con cada nueva experiencia a la que se vea abocado, por lo que se irá transformando, afinando y especializando, con el único objetivo de brindar un cuidado acorde a cada situación por la que transita el ser humano.

En el proceso de aprender es importante el análisis de los eventos o situaciones, a través de los cuales, los profesionales de enfermería llegan a comprender; este asunto de darse cuenta o llegar a comprender, es otro elemento importante en el aprendizaje, así que, ellos, deben ser reflexivos frente a la experiencia de cuidado que viven con cada ser humano.

La reflexividad aporta a la comprensión de la sexualidad de los seres humanos, permitiendo a los profesionales de enfermería, ser capaces de reconocer lo inconmensurable que puede llegar a ser la temática sexual y los aprendizajes en relación a esta. La experiencia práctica para aprender sobre el cuidado sexual, se convierte en una base fundamental del conocimiento para los profesionales de enfermería pues “es solamente en el diario vivir que puedes empezar a experimentar y aprender”. An5 (131)

Combinar la experiencia práctica como la reflexión, para hacerse consciente de la relevancia de la sexualidad en la vivencia humana, da al profesional de enfermería una puerta al conocimiento. La capacidad reflexiva le permite incluso reconocer sus preconcepciones para poder transformarlas.

Es así como, usando la reflexión para lograr afinar la comprensión de la sexualidad, por medio del aprendizaje adquirido en las experiencias prácticas, le permite al profesional de enfermería ir desarrollando la capacidad de percibir asuntos relacionados con la sexualidad cuando no son evidentes a simple vista. Los profesionales, aprovechando la comunicación y la escucha, con las cuales suscitan narraciones de las vivencias sexuales, van aprendiendo a “leer entre líneas” An3 (84). Este tipo de aprendizaje ayuda a desplegar facultades mediante las cuales, se logra sacar la sexualidad de un segundo, a un primer plano, favoreciendo la posibilidad de cuidar asuntos relacionados con la sexualidad.

La compilación y reflexión sobre las experiencias de cuidado de la sexualidad, aportan al aprendizaje de un conocimiento práctico por parte de los profesionales de enfermería, que favorece el mejoramiento de su práctica. Podemos destacar que hay diferentes tipos de conocimiento prácticos aprendidos. Algunos están relacionados con las estrategias de cuidado, otros con las capacidades desarrolladas en determinadas áreas de cuidado y otros, nutren el desarrollo personal de los profesionales de enfermería.

9. CONCLUSIONES

El desarrollo del concepto mediación vinculante en la edificación sexual responde a las limitaciones teóricas en enfermería relacionadas con el cuidado de la sexualidad humana, permitiendo abordar este tema y ofrecer un cuidado más allá del enfoque biologicista tradicional y respondiendo a los retos, diversidad y complejidad de las sexualidades humanas contemporáneas.

La construcción del concepto, a partir de las experiencias que surgen de la práctica de profesionales de enfermería en su desempeño cotidiano, le da valor y sustento a la construcción teórica. De ahí, el acierto de optar por un enfoque cualitativo que orienta el estudio de fenómenos relacionados con las experiencias.

La mediación vinculante en la edificación sexual conjuga las interacciones vinculantes, la proximidad afectiva de los profesionales de enfermería en la comprensión de las vivencias humanas y la importancia de la construcción continua de la sexualidad. Estos elementos apoyan al ser humano en el desarrollo de una proyección sexual libre, autónoma y reflexiva, favoreciendo una mejor versión interna de sí mismo.

En la búsqueda por proyectarse armoniosamente, el ser humano se vincula con el profesional de enfermería, el cual, es un mediador que abre un abanico de posibilidades, buscando favorecer la conexión del ser con sí mismo, más allá de las limitaciones corpóreas o las imposiciones culturales o sociales. En consecuencia, el cuidado sexual debe ser particularizado, a la medida de cada ser humano; este, desde su espacio físico y corpóreo es tenido en cuenta, respetado en sus diferencias y con un estatus de ser único, alejando las limitaciones que ofrece la estandarización del cuidado.

La mediación vinculante en la edificación sexual exige a los enfermeros y enfermeras que la implementan, una formación profesional sustentada en la creatividad, flexibilidad, reflexividad, afectividad y vocación, con el objetivo de imprimir en los seres humanos un ánimo o fuerza vital, que promueva la transformación de seres en potencia a seres de acto, favoreciendo su empoderamiento, auto-direccionamiento y, en consecuencia, su construcción.

El desarrollo conceptual sobre el cuidado de la sexualidad humana también integra tensiones inarmónicas, representadas en las afecciones corporales, las imposiciones culturales o la desvinculación con el otro durante el proceso de interacción. Estas al ser reconocidas por la comunidad académica, los tomadores de decisiones y los profesionales de enfermería, posibilitan la implementación de acciones de cuidado, generadoras de transformaciones individuales y sociales.

Las acciones que se relacionan con el cuidado buscan la edificación, restablecimiento y revivificación del ser humano; para el ejercicio de estos actos de cuidado, los profesionales de enfermería deben tener la consciencia de descentrarse de sí mismo como eje fundamental de la interacción y reconocer, o sea, centrarse en el ser humano que están cuidando, como el sustento principal de su que-hacer.

La construcción sexual que se lleva a cabo por la mediación vinculante, consiste en la capacidad desarrollada por el ser humano para apropiarse de sí mismo, y en lograr hacer un choque consciente de sí, por medio de la reflexión, facilitando la decisión sobre cómo, cuándo, dónde y de qué manera vivirá su sexualidad; siendo esta elección la clave para su constante creación y recreación, edificando una experiencia sexual más fluida, satisfactoria y libre. En esta construcción sexual, el profesional de enfermería también es clave al convertirse en un mediador para promover la vinculación del ser con sí mismo.

9.1 APORTES DE LA INVESTIGACIÓN A LA DISCIPLINA DE ENFERMERÍA Y LA SOCIEDAD

9.1.1 Aportes al desarrollo teórico

El aporte teórico de esta investigación incluye dos componentes, el primero y más relevante es la creación del concepto: Mediación vinculante en la edificación sexual, incluyendo los diferentes elementos que lo conforman; el otro componente está relacionado con los aspectos epistemológicos del metaparadigma de enfermería, las visiones del mundo y los patrones del conocimiento presentes durante el cuidado de la sexualidad.

La creación del concepto: Mediación vinculante en la edificación sexual, y los

diferentes elementos que lo conforman, ofrece nuevas formas de ver y comprender, el cuidado de la sexualidad. En la generación de este concepto surgió nueva jerga, la cual se suma a la ya existente en la disciplina, para desarrollar creativas formas de entender, aprehender y abordar el cuidado de la sexualidad en los seres humanos.

El componente relacionado con los aspectos epistemológicos y metaparadigmáticos, muestran cómo durante el cuidado de la sexualidad los conceptos de ser humano, ambiente, proceso salud-enfermedad y cuidado, son integrados de forma particular, lo que facilita la comprensión y vinculación entre el profesional de enfermería y el ser humano. La forma en la cual estos componentes son identificados en el cuidado de la sexualidad favorece la relación del ser con sí mismo y el entorno. El humano es visto en la mediación vinculante de la edificación sexual como un ser etérico, que posee una fuerza magnética, la cual favorece la integración e interacción con sí mismo y los otros, con el espacio circundante e incluso la inmensidad de la vía láctea.

La salud se relaciona con estados armónicos, mientras que la enfermedad se asocia a la desarmonía y desequilibrio. El ambiente, lo integran espacios internos y externos, en los cuales se entrelazan lo corporal, concientivo, reflexivo y lo mental con la temporalidad, vinculado al espacio social y cultural en el que habitan los seres humanos. En el cuidado, el profesional de enfermería es un medio para promover la vinculación del ser con sí mismo; las acciones que se relacionan con el cuidado buscan la edificación, restablecimiento y revivificación del ser humano.

En relación a la visión del mundo, esta se definió como sincrónica, pues se coordina la visión del mundo que tiene en cuenta el contexto del ser humano, con aquella que lo ve como parte de un todo. Con respecto a los patrones del conocimiento en enfermería, durante el proceso investigativo surgió un tipo de conocimiento que fue llamado patrón intuitivo. Este funciona como un foco energético que facilita la adquisición de información, su intercambio, trasmisión, así como la interacción entre el profesional de enfermería y el ser humano cuidado.

9.1.2 Aportes al desarrollo de las prácticas

El desarrollo del concepto mediación vinculante en la edificación sexual, apoya la implementación de una práctica de cuidado donde el ser humano sea el eje principal. Del mismo modo, propone que este ser sea el gestor de su propia

construcción y transformación. Desde esta perspectiva conceptual, se espera que los profesionales de enfermería identificados como los mediadores en los procesos reflexivos y transformativos de los seres humanos, desarrollen prácticas influenciadas por la afinidad, la afectividad y la reflexividad.

El desarrollo conceptual proveniente de las experiencias cotidianas vivenciadas por los profesionales de enfermería, posee la potencialidad de convertirse en referente de cuidado, al tener proposiciones teóricas más cercanas a la práctica y más afines con el que-hacer habitual de los profesionales.

Los aportes epistemológicos surgidos del concepto mediación vinculante en la edificación sexual, ofrecen lineamientos para el ejercicio práctico, al clarificar cómo, dónde, cuándo y de qué forma se realiza el cuidado de la sexualidad en los seres humanos. En el mismo sentido, aportan los lineamientos y características (adaptabilidad, creatividad, vocación, reflexividad, afectividad y flexibilidad entre otros) que debe tener un profesional de enfermería al cuidado de la sexualidad durante la interacción con los seres humanos.

La publicación y difusión de este desarrollo conceptual también aportará a los procesos prácticos, al ofrecer elementos para realimentar las teorías de rango medio que están en desarrollo y se relacionen con el cuidado de la sexualidad, o con un cuidado sustentado en un vínculo íntimo y confidencial entre los profesionales de enfermería y los seres humanos cuidados.

La mediación vinculante en la edificación sexual, promueve una práctica de cuidado sustentado en la individualidad, la diversidad, el respeto a la diferencia y el acompañamiento. Propone así mismo, un reto para la práctica, el cual consiste en ir más allá de la estandarización del cuidado y la implementación absolutista de las políticas de salud, enfocadas y desarrolladas principalmente en aspectos biológicos, para centrarse, en una práctica fluida, libre, inclusiva y a la medida de cada ser humano.

9.1.3 Aportes en la formación de profesionales

Este concepto puede ser aprovechado para acrecentar el acervo de conocimiento de los seres humanos que están realizando su formación profesional en pregrado o postgrados en enfermería. La conceptualización abstracta y los componentes epistemológicos y filosóficos presentes en algunos elementos desarrollados en

este concepto, fomentan la reflexión y propende por una visión amplia e integradora, como sustento para brindar cuidado en la diversidad y complejidad de las sexualidades humanas contemporáneas.

Esta propuesta conceptual puede nutrir los elementos disciplinares en la formación profesional y específicamente de aquellos asuntos relacionados con la salud sexual y reproductiva de los seres humanos. La mediación vinculante en la edificación sexual puede incluirse como parte de los contenidos teóricos ofrecidos durante la formación, pues al surgir de las experiencias vividas por profesionales tanto del ámbito clínico como comunitario, presenta la flexibilidad para ser aplicado en diversas áreas de cuidado, lo que fortalecerá el ejercicio de los diferentes roles que deben desarrollar los futuros profesionales.

La mediación vinculante en la edificación sexual servirá de base conceptual para el desarrollo de diversos cursos enfocados al cuidado de la sexualidad, estos podrán ser opcionales o formar parte de los cursos básicos incluidos en la formación profesional, en cuyo caso, fortalecerá los contenidos teóricos, metodológicos y disciplinares relacionados con el cuidado de la madre gestante, la mujer, la familia o pareja gestante, así como, el cuidado a jóvenes, niños, adolescentes, adultos, ancianos y comunidades.

Los elementos planteados en este desarrollo conceptual podrán ser usados por los profesionales de enfermería en formación posgradual, aportando sustento teórico para la aplicación metodológica de la TFC, así como, el posible desarrollo de teorías de rango medio o microteorías que faciliten su aplicación durante las prácticas de cuidado.

Elementos teórico tales como: el desarrollo de la creatividad, flexibilidad, reflexividad, afectividad y vocación, son algunos de los aportes del concepto, a la formación y práctica profesional. El eje central del cuidado en este enfoque teórico es el ser humano, partiendo de las vivencias de este, el profesional desarrollará habilidades para convertirse en un mediador que promueve la vinculación del ser con sí mismo, facilitando su construcción y transformación.

9.1.4 Aportes a la transformación de políticas en salud sexual

Los diferentes elementos que integran el concepto desarrollado, pueden servir de sustento teórico en la ejecución de los programas de salud sexual y reproductiva que actualmente se desarrollan en el área metropolitana del valle de aburrá, tales

como: “Medellín sana y libre de adicciones, sexualidad sana y con sentido” o “los Centros amigables para jóvenes y adolescentes”. De igual manera, puede promover un cuidado de la sexualidad que trascienda las directrices establecidas por la normatividad, las cuales suelen estar enfocadas en acciones vinculadas con los aspectos biológicos del ser humano.

En la Política de Atención Integral en Salud, el concepto desarrollado aportaría al componente “fortalecimiento de recurso humano”, relacionado con la formación de talento humano y la armonización con el esquema de atención integral en salud, en los cuales, podría lograrse el fortalecimiento de asuntos como el respeto a la diferencia, la individualización de la atención y el restablecimiento del ser humano como único e integral.

Los desarrollos teóricos ofrecidos en el concepto de cuidado de la sexualidad, también favorece el componente de investigación, innovación y apropiación del conocimiento propuesto en la Política de Atención Integral en Salud y en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud. La mediación vinculante en la edificación sexual, ofrece estrategias de cuidado que favorecen los mecanismos efectivos de transferencia de conocimientos de políticas públicas, a poblaciones con particularidades especiales.

El concepto mediación vinculante en la edificación también puede realizar aportes en la operacionalización de las Rutas de Atención Integral en Salud, en especial la relacionada con promoción y mantenimiento de la salud, en componentes como el cuidado de la salud sexual y reproductiva en jóvenes, familias o comunidades, en los cuales se incluyen distintos grupos de riesgos tales como: materno perinatal, enfermedades infecciosas, violencias, salud mental y trastornos asociados a sustancias psicoactivas; en esta rutas de atención es factible fortalecer los elementos teóricos para la educación en salud y la promoción de prácticas de cuidado para la salud.

Presentar la conceptualización teórica desarrollada a los tomadores de decisiones e instituciones gubernamentales, mostrando la presencia de las tensiones inarmónica presentes en el cuidado de la sexualidad, abre la posibilidad hacia la implementación de acciones generadoras de transformaciones; llevando a la modificación o creación de normas y/o programas que faciliten la inclusión de seres humanos con presencia de inarmonías bien sean físicas, o mentales, promoviendo un cuidado desde la diferencia y la diversidad.

Proponer a los operadores encargados de formar profesionales para la Atención Primaria en Salud (APS) y los ejecutores de la política nacional de sexualidad,

derechos sexuales y derechos reproductivo, los aportes teóricos desarrollados en el concepto y relacionados con el respeto, atención sustentada en la diferencia, la diversidad e individualidad, como elementos fundamentales en el cuidado de la sexualidad, de manera que puedan usarlos como referentes teóricos.

9.1.5 Aportes al desarrollo investigativo

La generación del concepto mediación vinculante en la edificación sexual, abre la posibilidad de continuar estudiando de forma particular y en profundidad cada uno de los elementos que integran dicho concepto. Algunos temas en los cuales se puede profundizar son: las interacciones vinculantes, las tensiones inarmónicas del cuidado sexual y el patrón intuitivo.

Si se tiene en cuenta que, la investigación realizada según la Teoría fundamentada clásica (TFC) corresponde una teoría sustantiva, queda abierta la posibilidad de continuar investigando en esta temática y desarrollar una teoría formal.

Otro punto relevante desde lo investigativo, es el aporte teórico realizado a través de la publicación de artículos científicos surgidos de esta investigación. Hasta la actualidad se han realizado dos artículos, centrados en esclarecer tanto el abordaje como el análisis de los datos desde la TFC. Este tipo de publicaciones promueve el interés de nuevos investigadores por implementar esta metodología, o aprenderla para dirigir procesos investigativos futuros.

10. RECOMENDACIONES

Para la integración de los conceptos teóricos provenientes de procesos investigativos con las prácticas de cuidado en los ámbitos clínicos y comunitarios, es pertinente la difusión de los resultados productos de investigaciones. Además es importante que estos sean divulgados a los profesionales de enfermería de distintas latitudes y a las instituciones formadoras de profesionales. En consecuencia, la publicación del concepto mediación vinculante en la edificación sexual, proveniente de las experiencias de los enfermeros y enfermeras durante los momentos de cuidado, es crucial, para lograr su implementación en la práctica y en la formación de nuevos profesionales.

La divulgación del concepto mediación vinculante en la edificación sexual a las entidades gubernamentales y tomadores de decisiones, sería un punto de partida importante para su implementación en las prácticas de cuidado sexual. Estas instituciones suelen desarrollar políticas públicas que se implementan durante la atención a los seres humanos, estas políticas poseen un marco conceptual el cual se nutre de elementos teóricos desarrollados en procesos investigativos. Los aspectos sobre los cuales este concepto es susceptible de nutrir las propuestas de políticas públicas en cuidado sexual, incluye: un cuidado de la sexualidad vivificante y edificante sustentado en el respeto a la diferencia, la diversidad e individualidad, impartido por profesionales altamente sensibles, reflexivos y comprometidos con el cuidado de los seres humanos.

El constante fortaleciendo de los elementos epistemológicos en la disciplina de enfermería es factible a través del continuo desarrollo investigativo, para lo cual, el estudio de fenómenos relacionados con el cuidado de los seres humanos y su abordaje desde perspectivas cualitativas, sustentan un desarrollo disciplinar más allá de los aspectos biológicos. Así que, continuar trabajando en la construcción conceptual del cuidado de la sexualidad es deseable, enfocándonos en pasar del desarrollo de una teoría sustantiva a una teoría formal, en cuanto que, al vincular los adelantos teóricos actuales con otras áreas del conocimiento facilita la generalización del concepto desarrollado.

Los elementos que integran el cuidado de la sexualidad afianzan el soporte conceptual para desarrollar una práctica centrada en el ser humano, de ahí, la relevancia de continuar explorando cada elemento identificado en el concepto desarrollado; de estos, dos pueden resaltarse: *las tensiones inarmónicas* representadas en las afecciones corporales, las imposiciones culturales o la desvinculación con el otro durante el proceso de interacción, encarnando la

dualidad innata presente en la existencia humana; y *las interacciones vinculantes*, las cuales son el sustento de la relación entre el profesional de enfermería y el ser humano cuidado.

El avance epistemológico de la disciplina de enfermería se corresponde directamente con el desarrollo de los elementos paradigmáticos, en consecuencia, es deseable continuar con el desarrollo teórico de los diferentes elementos del metaparadigma de enfermería, la visión del mundo y los patrones de conocimiento encontrados durante el desarrollo teóricos del concepto sobre cuidado de la sexualidad.

La formación profesional, es clave para consolidar tanto la transmisión de conocimiento enmarcado en el cuidado del ser humano y sustentado en el desarrollo científico, como, el avance teórico que realimenta la práctica y los conceptos epistemológicos de la disciplina de enfermería. Así que, implementar conceptos como la mediación vinculante en la edificación sexual, a los contenidos teóricos en las instituciones formadoras de profesionales de enfermería, favorece su evolución hacia convertirse en mediadores entre el potencial de creación, reflexión y transformación que tiene un ser humano y el cuidado ofrecido para aportar en su construcción.

Las prácticas de cuidado sustentadas en conocimientos teóricos, favorecen el ejercicio profesional autónomo, el desarrollo de procesos para cuidado alejados de las tradiciones y acciones mecánicas, para centrarse en el ser humano. En este sentido, poner en acción los elementos propuestos en el concepto mediación vinculante en la edificación sexual, brinda la oportunidad de realizar una práctica inclusiva, en la cual el ser humano decide y participa de forma activa en su proceso de transformación, al tiempo que los profesionales de enfermería enmarcados en características particulares que los validan como promotores de un cuidado vivificante y edificante, proponen e impulsan el desarrollo reflexivo en los seres humanos.

11. AGRADECIMIENTOS

Doy mis agradecimientos:

A mis asesoras, las doctoras Clara Victoria Giraldo y María Angélica Arzuaga por elegirme para esta aventura e iluminar mi camino en momentos de incertidumbre, sus aportes, conocimientos dieron claridad a este trabajo; el trato humano, respetuoso y afectuoso favoreció el desarrollo del proceso investigativo.

Asimismo a las directivas, personal administrativo del Departamento de Posgrados y cuerpo docente de la Facultad de Enfermería y demás estancias de la Universidad de Antioquia, por su amabilidad y disponibilidad durante los años cursados en el doctorado, especialmente a Juan Guillermo Rojas, Leslie García y Pamela Osorio.

A la doctora Fátima Cruz por acogerme durante la estancia en la Universidad de Valladolid y apoyarme en la elaboración y conclusión del proceso investigativo.

De igual modo, gracias a todos los profesionales de enfermería que contribuyeron de forma libre y desinteresadas, con sus experiencias al desarrollo de esta investigación.

Agradezco a mi Compañero de laboratorio Wilson Lara Henao, con el cual he aprendido los detalles del arte de amar, permitiéndonos descifrar los inconmensurables secretos de la vida y del sexo. Gracias por estar a mi lado, ofrecerme tu amor y cuidar de mí.

A mi familia, sustento de mi ser y espacio donde se regocija mi alma en busca de tranquilidad; muy especialmente a mis padres María y Arturo que están ahí para mí de forma incondicional.

También agradezco a mis colegas y amigos de todas las latitudes, quienes estuvieron en los momentos de frío, calor, trabajo, cervezas, cañas y alegría. De estos particularmente a Ana de Luca y a Cristobal Ordoñez por hacerme sentir en casa cuando estaba en la lejanía.

REFERENCIAS

1. Onfray M. Teoría del cuerpo enamorado. Por una erótica solar. Pre-textos; 2002.
2. OMS. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2016. Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
3. OMS. Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. 2012. Available from: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/
4. Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. Introduction to Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications. Second Edi. Saunders; 2000. p. 1–6.
5. Glaser BG. Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory. Sociology Pr; 1978.
6. Marrs J-A, Lowry LW. Nursing Theory and Practice Connecting the Dots. In: Reed PG, Crawford NB, editors. Perspectives on Nursing Theory Fifth Edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 3–12.
7. Meleis A. Theoretical nursing : development and progress. Philadelphia: Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
8. Kim HS. The nature of theoretical thinking in nursing. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1983.
9. Rodríguez Costa LH, Coelho DA. Enfermería y sexualidad: revisión integradora de artículos publicados en la Revista Latino Americana de Enfermería y en la Revista Brasileña de Enfermería. 2011;19(3).
10. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia, PA: F. A. Davis Co; 2013.
11. Hunger I, Müller J. Barney G. Glaser/Anselm L. Strauss: The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research, Aldine Publishing Company: Chicago 1967, 271 S. (dt. Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung, Bern: Huber 1998, 270 S.). In: Salzborn S, editor. Klassiker der Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016. p. 259–62.
12. Glaser B. G. & Strauss, A., L.(1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. London: Wiedenfeld and Nicholson. 2003;

13. Científicas N. Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud. Resolución 8430 de 1993. Diario Oficial.
14. Stevenson C, Beech I. Paradigms Lost, Paradigms Regained: Defending Nursing Against a Single Reading of Postmodernism. In: Reed PG, Crawford NB, editors. Perspectives on Nursing Theory Fifth Edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 327–38.
15. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little, Brown; 1963.
16. Aristóteles. Metafísica. Libros quinto y séptimo. 2005.
17. Gallardo AI. Evolución del conocimiento en enfermería. Medwave. 2011;11(04):e5001.
18. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories 2nd Edition. 2005.
19. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Salud Uninorte. 2009;25(1):172–8.
20. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería. 2011;17(3):11–22.
21. García Hernández M de L, Cárdenas Becerril L, Arana Gómez B, Monroy Rojas A, Hernández Ortega Y, Salvador Martínez C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto & Contexto Enfermagem. 2011;20.
22. Luévano S. El arte del cuidado de enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. Synthesis . 2008;45(1):1–3.
23. Rogers BL, Knafl KA. Philosophical Foundations of Concept Development. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. Introduction to Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications. Second Edi. Saunders; 2000. p. 7–38.
24. Locke J. An essay concerning human understanding. T. Tegg and Son; 1836.
25. Rodgers BL. Developing nursing knowledge: Philosophical traditions and influences. Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
26. Holaday B. Dorothy Johnson: Modelo del sistema conductual. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. Modelos y Teorías de Enfermería. Elsevier; 2011. p. 36–

- 49.
27. Meleis AI. Strategies for Theory Development and Developing Middle Range and Situation-Specific Theories Exemplars. 2005.
 28. King IM, Fawcett J. The language of nursing theory and metatheory. 1997;
 29. Castillo-Arcos L, Benavides-Torres R. Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio. *Aquichan* 12 (2): 169-182. *Aquichan*. 2012;12(2):169–82.
 30. Hardin SR, Bishop SM. Proceso de desarrollo de la teoría. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Elsevier; 2011. p. 36–49.
 31. Wills E. Grand Nursing Theories Based on Interactive Process. In: McEwen M, Wills EM, editors. *Theoretical Basis for NURSING*. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 148–82.
 32. Wills E. Grand Nursing Theories Based on Human Needs. In: McEwen M, Wills EM, editors. *Theoretical Basis for NURSING*. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 121–47.
 33. Jesse E. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Elsevier; 2011. p. 36–49.
 34. Foucault M. Historia de la sexualidad. Vol. 2: El uso de los placeres. Siglo XXI; 2011.
 35. Freud S. Obras completas. Volumen 2 (1893-95). Estudios sobre la histeria. Amorrortu editores; 1992.
 36. Santos-Iglesias P, Sierra JC. El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *Int J Clin Health Psychol*. 2010;10(3):553–77.
 37. OPS, OMS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. OPS (Organización Panamericana de la Salud); 2000.
 38. Resnick B. Self-Efficacy. In: Peterson SJ, Bredow TS, editors. *Middle Range Theories, Application to Nursing Research and Practice, Fourth Edition*. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins, USA; 2017. p. 79–92.
 39. Peterson SJ. Interpersonal Relations. In: Peterson SJ, Bredow TS, editors. *Middle Range Theories, Application to Nursing Research and Practice, Fourth*

Edition. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins, USA; 2017. p. 147–63.

40. Reed PG. Theory of Self-Transcendence. In: Smith MJ, Liehr PR, editors. Middle Range Theory for Nursing, Third Edition. Springer Publishing Company, New York; 2014.
41. Peterson SJ, Bredow TS. Middle range theories: application to nursing research. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
42. Nanda I. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017. Elsevier; 2015.
43. Bulechek G, Butcher H, J M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6 ed. Elsevier; 2014.
44. Moorhead S, Johnson M, Maas M, IO. P. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5 ed. Elsevier; 2014.
45. Muñoz Martín M. Valoración del patrón sexualidad en las personas usuarias de los servicios sanitarios. 2013; Available from: <https://repositori.upf.edu/handle/10230/20955>
46. Suárez JLÁ, del Castillo Arévalo F, Fernández FD, Muñoz MM. Manual de Valoración de Patrones Funcionales [Internet]. 2010. Available from: <http://www.agefec.org/Almacen/Manuales%20y%20guias/MANUAL%20VALORACION%20PATRONES%20NOV%202010.pdf>
47. Wilmoth MC, Berry AD. Measuring Sexuality: Physiologic, Psychologic, and Relationship Dimensions. In: Frank-Stromborg Marilyn, Olsen SJ, editors. Instruments for Clinical Health-care Research Third Edition. Jones and Bartlett Publishers, Inc.; 2004. p. 257–78.
48. Wiederman MW, Whitley BE Jr. Handbook for conducting research on human sexuality. Psychology Press; 2012.
49. Webb C. Sexuality, nursing, and health. John Wiley & Sons Incorporated; 1985.
50. Rincón CAF, Cardozo LIL. La educación sexual como tema transversal de las instituciones públicas educativas de la básica primaria en Armenia, Colombia. Cultura del cuidado enfermería. 2011;8(2):45–56.
51. Velázquez Cortés S. Sexualidad responsable [Internet]. 2013. Available from: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES44.pdf

52. Hand A, Gray WK, Chandler BJ, Walker RW. Sexual and relationship dysfunction in people with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord*. 2010;16(3):172–6.
53. González Hernando C, Sánchez-Crespo Bolaños JR, González Hernando A. Educación integral en educación y anticoncepción para los/las jóvenes. *Enfermería Clínica*. 2009;19(4):221–4.
54. Hearn J. The implications of information and communication technologies for sexualities and sexualised violences: Contradictions of sexual citizenships. *Polit Geogr*. 2006;25(8):944–63.
55. Quinn MA. Sexual function after treatment of gynaecological cancer. *Sexologies*. 2007;4(16):286–91.
56. Rizvi SJ, Yeung NW, Kennedy SH. Instruments to measure sexual dysfunction in community and psychiatric populations. *J Psychosom Res*. 2011;70(1):99–109.
57. Higgins A, Barker P, Begley CM. “Veiling sexualities”: a grounded theory of mental health nurses responses to issues of sexuality. *J Adv Nurs*. 2008;62(3):307–17.
58. Higgins A, Barker P, Begley CM. Clients with mental health problems who sexualize the nurse-client encounter: the nursing discourse. *J Adv Nurs*. 2009;65(3):616–24.
59. Cort EM, Attenborough J, Watson JP. An initial exploration of community mental health nurses' attitudes to and experience of sexuality-related issues in their work with people experiencing mental health problems. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001;8(6):489–99.
60. Sanjuán Quiles Á, Martínez Riera JR, Others. Nuevo enfoque en el proceso de enseñanza-aprendizaje para la interrelación de conocimientos y formación de clínica/comunitaria. 2008;26(2).
61. Quesada RP. La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación XX1*. 2001;4:15–40.
62. OMS. Salud sexual [Internet]. 2017. Available from: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/
63. Rodríguez Costa LH, Coelho DA. Enfermería y sexualidad: revisión integradora de artículos publicados en la Revista Latino Americana de Enfermería y en la Revista Brasileña de Enfermería. 2011;

64. Molina CPV, Erazo GEC, Peñuela TMS, Pineda LTO. Sexual debut in young adults in cali as transition: keys for care. *Investigación y Educación en Enfermería* [Internet]. 2015 Jun;33(2). Available from: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a18>
65. López E, Pantelides EA. Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva. In: *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. CENEP; CEDES; AEPA; UNFPA; 2007.
66. Agramonte del Sol A. Enfoque interdisciplinario de la salud reproductiva y sexual en la formación de enfermeros universitarios en Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*. 2013;29(1):48–59.
67. MINSALUD-UNFPA. Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y de la mujer. Fondo de Población de las Naciones Unidas-Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.
68. OPS, OMS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. OPS (Organizacion Panamericana de la Salud); 2000.
69. OMS. Objetivos de Desarrollo del Milenio [Internet]. 2012. Available from: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/
70. Robles Llamazares M. Objetivos de desarrollo del milenio. Humanismo y trabajo social. 2006;(5):93–101.
71. Minsalud. Resolución número 412 [Internet]. 2000. Available from: <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>
72. Minsalud. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos [Internet]. 2016. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.11788/681>
73. Minsalud. Presentaciones Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) [Internet]. 2016. Available from: <https://minsalud.gov.co/Paginas/presentaciones-modelo-integral-atencion-salud-mias.aspx>
74. Flórez CE, Soto VE. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: una visión global. Inter-American Development Bank; 2008.
75. Carper BA. Fundamental Patterns of Knowing in Nursing. In: Polifroni C, Marylouise W, editors. *Perspectives on Philosophy of Science in Nursing: An Historical and Contemporary Anthology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 12–9.

76. Martell NG, Ibarra M, Contrers G, Camacho EJ. La sexualidad en adolescentes desde la teoría de las representaciones sociales. 2017;1–12.
77. Universitat de Barcelona. Escuela Universitaria de Enfermería [Internet]. 2017. Available from:
http://www.ub.edu/infermeria/queoferim/es/grau/grau_infermeria/index.htm
78. Universidad adventista de Colombia sede Medellín. Facultad de Enfermería [Internet]. 2017. Available from:
<https://www.unac.edu.co/facultades/facultadsalud/index.php/enfermeria/#ffs-tabbed-75>
79. University of California. BS in Nursing Science [Internet]. 2017. Available from:
<http://www.nursing.uci.edu/bs-prospective-students.asp>
80. UdeA. Enfermería, Programas Académicos de la Universidad de Antioquia [Internet]. 2017. Available from:
<http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/institucional/unidades-academicas/facultades/enfermeria/programas-academicos/>
81. Hotcourses. hotcourses.com.mx [Internet]. 2017. Available from:
<http://www.hotcourses.com.mx/>
82. Shell JA. Including sexuality in your nursing practice. Nurs Clin North Am. 2007;42(4):685–96.
83. Chinn PL, Kramer MK. Integrated theory & knowledge development in nursing. USA: Elsevier Health Sciences; 2013.
84. Gallardo AI. Evolución del conocimiento en enfermería. Medwave. 2011;11(04):e5001.
85. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia, PA: F. A. Davis Co; 2013.
86. Valladares Tayupanta Lola Marisol. Derechos sexuales. 1998.
87. Giddens A. La transformación de la intimidad. Cátedra S.A; 1998.
88. Fisher HE. Por qué amamos: naturaleza y química del amor romántico. Colombia: Taurus; 2005.
89. Rodríguez Costa LH, Coelho DA. Enfermería y sexualidad: revisión integradora de artículos publicados en la Revista Latino Americana de Enfermería y en la Revista Brasileña de Enfermería. 2011;19(3).

90. Marrs J-A, Lowry LW. Nursing Theory and Practice Connecting the Dots. In: Reed PG, Crawford NB, editors. Perspectives on Nursing Theory Fifth Edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 3–12.
91. Stevenson C, Beech I. Paradigms Lost, Paradigms Regained: Defending Nursing Against a Single Reading of Postmodernism. In: Reed PG, Crawford NB, editors. Perspectives on Nursing Theory Fifth Edition. Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 327–38.
92. De Villalobos MMD. Teoría de enfermería ¿un camino de herradura? Aquichan. 2007;7(2):161–73.
93. Streubert HJ. Philosophy and Theory: Foundations of Qualitative Research. In: Streubert HJ, Rinaldi D, editors. Qualitative Research in Nursing, Advancing the Humanistic Imperative. Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 3–19.
94. OPS, OMS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. OPS (Organización Panamericana de la Salud); 2000.
95. Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. Introduction to Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications. Second Edition. Saunders; 2000. p. 1–6.
96. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería. 2011;17(3):11–22.
97. Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. Introduction to Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications. Second Edition. Saunders; 2000. p. 1–6.
98. Chenitz WC, Swanson JM. From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing. Prentice Hall; 1986.
99. Stern NP, Covan EK. Early Grounded Theory: Its Processes and Products. In: Schreiber RS, Stern PN, editors. Using Grounded Theory In Nursing. Springer Publishing Company; 2001. p. 17–34.
100. Silverman D. Doing qualitative research: A practical handbook. SAGE Publications Limited; 2013.
101. Resnick B. Self-efficacy. Middle range theories: Application to nursing research. 2004;97–124.
102. Becker. A conceptualization of Concept. Nurs Pap. 1996;15:51–8.

103. Descartes R. *Meditations On First Philosophy*. 1996.
104. Kant I. *Crítica de la razón práctica*. Editorial La Página; 2003.
105. Kant I. *Crítica de la razón pura*. Buenos Aires: Ediciones Colihue SRL; 2009.
106. Frege G. On concept and object (P. T, Geach, Trans.). In: Geach P, Black M, editors. *Translations from the philosophical writings of Gottlob Frege*. Oxford: Brasil Balckwell; 1952. p. 42–55.
107. Wittgenstein L. *Philosophical investigations* (3rd ed.). New York, Macmillan; 1968.
108. Ryle G. *El concepto de lo mental*. Vol. 4. Grupo Planeta (GBS); 2005.
109. Toulmin SE. *The uses of argument*. Cambridge university press; 2003.
110. Aristóteles. *Metafísica*. Madrid: Madrid: Alianza; 2008.
111. Walker LO, Avant C. *Strategies for Theory Construction in Nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1983.
112. Walker LO, Avant C. *Strategies for Theory Construction in Nursing* (2nd Ed.). Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1988.
113. Walker LO, Avant C. *Strategies for Theory Construction in Nursing* (3rd Ed.). Norwalk, CT: Appleton and Lange; 1994.
114. Walker LO, Avant C. *Strategies for Theory Construction in Nursing* (4th Ed.). The University of Texas, Pearson; 2005.
115. Chinn PL, Jacobs M. *Theory and nursing: A systematic approach*. St. Louis: C. V. Mosby; 1983.
116. Chinn PL, Jacobs M. *Theory and nursing: A systematic approach* (2nd ed.). St. Louis: C. V. Mosby; 1987.
117. Schwartz-Barcott D, Kim HS. A hybrid model for concept development. In: Chinn PL, editor. *Nursing research methodology: Issues and implementation*. Rockville, MD: Aspen; 1986. p. 91–101.
118. Keck JF. Terminology of theory development. In: Marriner A, editor. *Nursing therorists and their work*. St. Louis: C. V. Mosby; 1986.
119. Tadd W, Chadwick R. Philosophical analysis and its value to the nurse teacher. *Nurse Educ Today*. 1989;9(3):155–60.

120. King IM. Concepts: essential elements of theories. *Nurs Sci Q*. 1988;1(1):22–5.
121. King IM. Concepts: essential elements of theories. *Nurs Sci Q*. 1988;1(1):22–5.
122. Watson J. *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little, Brown; 1963.
123. Diers D. *Research in nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins; 1979.
124. Jacox A. Theory construction in nursing: An overview. *Nurs Res*. 1974;23:4–13.
125. Rodgers BL. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *J Adv Nurs*. 1989;14(4):330–5.
126. Laudan L. *Beyond positivism and relativism*. Boulder, CO: Westview Press; 1996.
127. Rodgers BL. The Evolution of Nursing Science (2nd ed.). In: Butts JB, Rich KL, editors. *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. Jones and Bartlett Learning; 2011. p. 19–49.
128. Bousso RS, Poles K, da Cruz D de ALM. Nursing concepts and theories. *Rev Esc Enferm USP*. 2014 Feb;48(1):141–5.
129. McEwen M, Wills EM. *Bases teóricas de enfermagem*. Artmed Editora; 2015.
130. Erwin EJ, Brotherson MJ, Summers JA. Understanding qualitative metasynthesis: Issues and opportunities in early childhood intervention research. *J Early Interv*. 2011;33(3):186–200.
131. Noblit G, Hare R. *Meta-ethnography: Sinthesizing qualitative studies*. Beverly Hills: Sage; 1988.
132. Crossetti M da GO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem: o rigor científico que lhe é exigido. *Revista gaúcha de enfermagem Porto Alegre* Vol 33, n 2 (jun 2012), p 8-13. 2012;
133. Alvarado García AM, Maya S, María Á. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014;25(2):57–62.
134. Sartori G. *Social science concepts: A systematic analysis*. Sage Publications Beverly Hills, CA; 1984.

135. Ogden CY, Richards IA. The meaning of meaning. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 1946.
136. Wilson J. Thinking with concepts. New York: Cambridge University Press; 1969.
137. Reynolds PD. Primer in Theory Construction. Indianapolis: Bobbs-Merrill; 1971.
138. Reynolds PD. Primer in Theory Construction: An A&B Classics Edition. London: Routledge; 2015.
139. Schatzman L, Strauss AL. Field research: Strategies for a natural sociology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1973.
140. Rodgers BL, Knafl KA. Concept development in nursing. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. Introduction to Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications. Second Edition. Saunders; 2000. p. 1–6.
141. Etimologías de Chile. Diccionario etimológico español en línea [Internet]. 2017. Available from: <http://etimologias.dechile.net/>
142. Husserl E. Ideas: General introduction to pure phenomenology. Routledge; 2012.
143. Heidegger M. Introduction to metaphysics. Yale University Press; 2014.
144. Hartmann N, Estiú E, Others. La nueva ontología. Buenos Aires : Sudamericana; 1954.
145. Nightingale F. Notas sobre enfermería : qué es y qué no es. Barcelona: Barcelona: Masson Salvat; 1990.
146. Polifroni EC. Philosophy of Science: An Introduction. In: Butts JB, Rich KL, editors. Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice (2nd ed). Burlington, Ma: Jones and Bartlett Learning; 2011. p. 3–18.
147. Chism LA. The Essentials of the Doctor of Nursing Practice: A Philosophical Perspective. In: Butts JB, Rich KL, editors. Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice (2nd ed). Burlington, Ma: Jones and Bartlett Learning; 2011. p. 51–68.
148. Triviño Z, Sanhueza O. Paradigmas de investigación en enfermería. Ciencia y enfermería. 2005;11(1):17–24.

149. Meleis AI. Strategies for Theory Development and Developing Middle Range and Situation-Specific Theories Exemplars. 2005.
150. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia, PA: F. A. Davis Co; 2013.
151. Bueno Robles LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. Ciencia y enfermería. 2011;17(1):37–43.
152. Brown JW. Margaret A. Newman: Modelo de la salud como expansión de la conciencia. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 36–49.
153. Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. ANS Adv Nurs Sci. 1978;1(1):13–24.
154. De la Cuesta BC. Naturaleza de la evidencia e implicaciones en la salud reproductiva de los jóvenes. Enfermería Clínica. 2003;13(4):221–6.
155. Hardy ME. Perspectives on nursing theory. ANS Adv Nurs Sci. 1978;1(1):37–48.
156. Smith MC. Caring and the science of unitary human beings. ANS Adv Nurs Sci. 1999;21(4):14–28.
157. Heidegger M. Ser Y Tiempo (rustica). Santiago de Chile: Editorial universitaria; 2005.
158. Tangol N. Diccionario etimológico chilote. Santiago de Chile: Editorial Nascimento; 1976.
159. Platón. Protágoras. Oviedo: Oviedo: Pentalfa; 1980.
160. Kant I. La Metafísica de las Costumbres. Madrid: Madrid: Tecnos; 2005.
161. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little, Brown; 1963.
162. Jesse E. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. Modelos y Teorías de Enfermería. Elsevier; 2011. p. 36–49.
163. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería. 2011;17(3):11–22.

164. Gallardo AI. Evolución del conocimiento en enfermería. Medwave. 2011;11(04):e5001.
165. Peplau HE. Interpersonal Theory in Nursing Practice: Selected Works of Hildegard E. Peplau. Springer Publishing Company; 1989. 375 p.
166. von Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones. Fondo de Cultura Económica; 1976. 311 p.
167. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia, PA: F. A. Davis Co; 2013.
168. Bueno Robles LS. Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería inmersas en el quehacer profesional. Ciencia y enfermería. 2011;17(1):37–43.
169. Rogers ME, Bultimeir K, Gunther M, Sebastián J, Sporleder J, Murray CA, et al. Seres humanos unitarios. TOMEY A; ALLIGOOD M -Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. 2004;253–78.
170. Davis AJ. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Collegi oficial Infermeria de Barcelona [internet]. 2006;
171. Goris JAG. La medida del cuidado. Available from: <http://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/medcuid.pdf>
172. Tangol N. Diccionario etimológico chilote. Santiago de Chile: Editorial Nascimento; 1976.
173. Colliere M-FRM, Colliere LM-F, Mendez LR. Promover la vida. 1993.
174. García Hernández M de L, Cárdenas Becerril L, Arana Gómez B, Monroy Rojas A, Hernández Ortega Y, Salvador Martínez C. Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. Texto & Contexto Enfermagem. 2011;20.
175. Polifroni EC. Philosophy of Science: An Introduction. In: Butts JB, Rich KL, editors. Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice (2nd ed). Burlington, Ma: Jones and Bartlett Learning; 2011. p. 3–18.
176. Reed PG, Crawford Shearer NB, Nicoll LH. Perspectives on Nursing Theory. Lippincott Williams & Wilkins; 2004. 658 p.
177. Luevano S. El arte del cuidado de enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. Facultad de enfermería y nutriología, Universidad Autónoma de

Chihuahua, México. 2008;

178. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. *Salud Uninorte*. 2009;25(1):172–8.
179. Medina JL. La Pedagogía Del Cuidado Saberes y Prácticas En la Formación Universitaria En Enfermería. *philpapers.org*; 1999.
180. Rivera Álvarez LN. Saber y experiencia de el/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado. 2013; Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/53338>
181. Paterson JG, Zderad LT. Enfermería humanística. Limusa; 1979.
182. Castillo JA, Aguilera J. Entorno. Su influencia en la salud. In: Cruz L, Real Y, Segura X, editors. *Bases conceptuales de enfermería*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 132–7.
183. Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería. Universidad Del Cuaca. 2005;
184. Leininger MM. Culture Care Diversity and Universality Theory and Evolution of the Ethnonursing Method. In: Leininger MM, McFarland MR, editors. *Culture Care Diversity and Universality, a Worldwide Nursing Theory Second Edition*. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2006. p. 1–42.
185. Cano A, del Carmen M. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Revista cubana de enfermería*. 2004;20(3):0–0.
186. Kolcaba K. *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company; 2003. 264 p.
187. Santos Ruiz S, Lopez Parra M, Varez Pelaez S, Abril Sabater D. Visión del profesional de enfermería sobre el entorno como parte integrante del metaparadigma. *Enferm glob [Internet]*. 2010 Feb;(18). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
188. Sieloff CL, Messmer PR. Imogene M. King: Marco de sistemas de interacción y teoría intermedia de la consecución de objetivos. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 286–308.
189. Brown JW. Margaret A. Newman: Modelo de la salud como expansión de la conciencia. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 36–49.

190. Gunther ME. Martha E. Rogers: Seres humanos unitarios. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. Modelos y Teorías de Enfermería. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 242–65.
191. Leite Araujo MA, Freitag Pagliuca LM. Análisis de Contexto del concepto de Ambiente en la Teoría Humanística de Paterson y Zderan. Index Enferm. 2005;14(48-49):42–5.
192. Fernández NLB. Capítulo IV: Proceso salud-enfermedad. In: Fernández NLB, editor. Fundamentos de Enfermería Parte I. La Habana: Datos CIP-Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 170–86.
193. Schwab G, Domínguez Á. Dioses y héroes de la Grecia antigua. Juventud; 2001. 248 p.
194. Hesodo. Los Trabajos y Los Días. CreateSpace Independent Publishing Platform; 2016. 52 p.
195. Serrano YA, Mayedo JAC, Villa KF. Salud como un paradigma actual. In: Colectivo de autores, editor. Bases conceptuales de enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 154–7.
196. Fernández NLB. Capítulo IV: Proceso salud-enfermedad. In: Fernández NLB, editor. Fundamentos de Enfermería Parte I. La Habana: Datos CIP-Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 170–86.
197. Fundación Acción Pro Derechos Humanos. Tabla de Derechos Humanos [Internet]. 2017. Available from: <http://www.derechoshumanos.net/derechos/index.htm?gclid=CIK04tbXsNMCFY8K0wodu3IMhQ>
198. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2017. Available from: <http://www.who.int/es/>
199. Naciones Unidas. Derechos Humanos [Internet]. 2017. Available from: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatAreHumanRights.aspx>
200. Monti EJ, Tingen MS. Multiple paradigms of nursing science. Advanced Practice Nursing: Essential Knowledge for the Profession. 2009;433.
201. Mercedes M, de Villalobos D. Marco epistemológico de la enfermería. 2009;
202. King IM, Fawcett J. The language of nursing theory and metatheory. 1997;
203. Stiles KA. Advancing nursing knowledge through complex holism. ANS Adv Nurs Sci. 2011 Jan;34(1):39–50.

204. Morse JM. Qualitative Nursing Research: A Contemporary Dialogue. SAGE Publications; 1990. 344 p.
205. González Moena S. Pensamiento complejo. En torno a Edgar Morin, América Latina y los procesos educativos. Santa Fe de Bogotá-Colombia: editorial magisterio; 1997.
206. Morin E. Ciencia con conciencia. Anthropos, Barcelona. 1984;
207. Morin E, Pakman M, Others. Introducción al pensamiento complejo. Gedisa Barcelona; 1994.
208. González Rey FL, Rey FLG. Investigación cualitativa y subjetividad: los procesos de construcción de la información [Internet]. 2007. Available from: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=SUV.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=013379>
209. de Villalobos D, Mercedes M. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Aquichan. 2005;5(1):86–95.
210. Katherine Renpenning M, Susan Gebhardt Taylor Msn. Self- Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem. Springer Publishing Company; 2003. 400 p.
211. Moch SD, Diemert CA. Health promotion within the nursing work environment. Nurs Adm Q. 1987 Spring;11(3):9–12.
212. Chinn PL, Kramer MK. Theory and Nursing Integrated Knowledge Development. 1999.
213. Chinn PL, Kramer MK. Theory and Nursing a Systematic Approach. 1983.
214. White J. Patterns of knowing: review, critique, and update. ANS Adv Nurs Sci. 1995 Jun;17(4):73–86.
215. Schultz PR, Meleis AI. Nursing epistemology: traditions, insights, questions. Image J Nurs Sch. 1988 Winter;20(4):217–21.
216. Moch SD. Personal knowing: evolving research and practice. Sch Inq Nurs Pract. 1990 Summer;4(2):155–65; discussion 167–70.
217. Risjord M. Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy. John Wiley & Sons; 2011. 264 p.
218. Newman MA. The pattern that connects. ANS Adv Nurs Sci. 2002

Mar;24(3):1–7.

219. Acebedo-Urdiales S, Rodero-Sánchez V, Vives-Relats C, Aguarón-García MJ. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. *Index Enferm.* 2007;16(56):40–4.
220. de Villalobos MMD. *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo.* Facultad de Enfermería; 1998. 181 p.
221. Weaver K, Morse J, Mitcham C. Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2008 Jun;62(5):607–18.
222. Clarkeburn H. A Test for Ethical Sensitivity in Science. *J Moral Educ.* 2002 Dec 1;31(4):439–53.
223. Marshall C, Rossman GB. *Designing Qualitative Research.* SAGE Publications; 2014. 352 p.
224. Marshall MN. Sampling for qualitative research. *Fam Pract.* 1996 Dec;13(6):522–5.
225. Rivera LN. *Saber y experiencia de él/la estudiante de enfermería en sus prácticas de cuidado.* Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. Barcelona; 2013.
226. Queirós PJP. The knowledge in nursing and the source of this knowledge. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2016;20(3). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000300101&script=sci_arttext&tlng=es
227. Berbiglia VA, Banfield B, Dorothea E. Orem: Teoría del Déficit de Autocuidado. In: Alligood MR, Tomey AM, editors. *Modelos y Teorías de Enfermería.* Barcelona: Elsevier; 2011. p. 36–49.
228. Morfi Samper R. Gestión del cuidado en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería.* 2010;26(1):1–2.
229. Carpenito-Moyet LJ. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice.* Lippincott Williams & Wilkins; 2006. 1002 p.
230. Alfaro R. *Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración.* Masson; 2003.
231. van Niekerk JC, Roode JD. Glaserian and Straussian Grounded Theory: Similar or Completely Different? In: *Proceedings of the 2009 Annual Research Conference of the South African Institute of Computer Scientists and*

- Information Technologists. New York, NY, USA: ACM; 2009. p. 96–103. (SAICSIT '09).
232. Triviño Z, Sanhueza O. Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2005;11(1):17–24.
 233. Shell JA. Including sexuality in your nursing practice. *Nurs Clin North Am*. 2007;42(4):685–96.
 234. de Souza Minayo MC. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Editora Vozes Limitada; 2011. 114 p.
 235. Camino JR. *Cómo escribir y publicar una tesis doctoral*. ESIC Editorial; 2014. 219 p.
 236. Cuesta Benjumea C de la, Others. Decisiones y elecciones: El diseño de la investigación cualitativa. 2015; Available from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/52587>
 237. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. La Habana: Editorial Félix Varela [Internet]. 2003;2. Available from: <http://www.academia.edu/download/38911499/Sampieri.pdf>
 238. Martínez Miguélez M. El proceso de nuestro conocer postula un nuevo paradigma epistémico. *Polis Revista Latinoamericana* [Internet]. 2004;(8). Available from: <http://polis.revues.org/6170>
 239. Cruz MMA, Reyes MJ, Cornejo M. Conocimiento Situado y el Problema de la Subjetividad del Investigador/a Situated knowledge and the problem of researcher subjectivity. 2012; Available from: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/45/cruz.html>
 240. La Rossa R. Grounded Theory Methods and Qualitative Family Research. *J Marriage Fam Couns*. 2005 Nov 1;67(4):837–57.
 241. Delgado DC. *La Teoría Fundamentada: decisión entre perspectivas*. AuthorHouse; 2012. 84 p.
 242. Corbin J, Strauss A. *Basics of Qualitative Research (3rd ed.): Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States : SAGE Publications, Inc.; 2008.
 243. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory*. SAGE; 2014. 416 p.

244. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Transaction Publishers; 2009. 271 p.
245. Glaser BG. Basics of grounded theory analysis: Emergence vs forcing. Sociology Press; 1992.
246. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia; 2002.
247. Glaser BG. The grounded theory perspective: Conceptualization contrasted with description. Sociology Press; 2001.
248. Glaser BG. Conceptualization: On Theory and Theorizing Using Grounded Theory. International Journal of Qualitative Methods. 2002 Jun 1;1(2):23–38.
249. Glaser BG. Doing formal theory. The Sage handbook of grounded theory. 2007;(Part II):97–113.
250. Glaser BG. Doing formal grounded theory: A proposal. Sociology Press; 2007.
251. Platón PJMP, Pabón TRJM. La república. 1988.
252. Glaser BG, Holton J. Basic social processes. Grounded Theory Review. 2005;4(3):1–29.
253. Strübing J. Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils. Springer-Verlag; 2014. 130 p.
254. Levers M-JD. Philosophical Paradigms, Grounded Theory, and Perspectives on Emergence. SAGE Open. 2013 Nov 1;3(4):2158244013517243.
255. Harada Olivares E. Observación, teorías y valores a la luz de la filosofía de Popper. Ciencia Ergo Sum [Internet]. 2006; Available from: <http://www.redalyc.org/html/104/10413212/>
256. Parada Corrales J. Realismo crítico en investigación en ciencias sociales: una introducción. Investigación & Desarrollo [Internet]. 2004;12(2). Available from: <http://www.redalyc.org/html/268/26810208/>
257. Haraway DJ. Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza. Universitat de València; 1995. 431 p.
258. Ramírez LYV. La Abducción como alternativa del método científico en la

Educación Superior. Unipluriversidad [Internet]. 2009 Mar 24 [cited 2017 Jul 10];8(2). Available from:
<http://rccp.udea.edu.co/index.php/unip/article/view/947>

259. Hernandez CA. Theoretical Coding in Grounded Theory Methodology. Grounded Theory Review [Internet]. 2009;8(3). Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=15561542&AN=46816644&h=kGROpzujryHRurAtvBEpHdEgUhM4iFVAHfymnZOKrZKxZLsrNEj2EvRCQF%2FrV4UHjbfCZqrx%2BxN8NXKrTVw3%2FQ%3D%3D&crl=c>
260. Patton MQ. Qualitative Research. In: Encyclopedia of Statistics in Behavioral Science. John Wiley & Sons, Ltd; 2005.
261. Gómez G. Metodología de la investigación cualitativa. Archidona: Aljibe; 1996.
262. Valles M. Entrevistas cualitativas. Madrid: Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2002.
263. Bolseguí M, Fuguet Smith A. Construcción de un modelo conceptual a través de la investigación cualitativa. Sapiens Revista Universitaria de [Internet]. 2006; Available from: <http://www.redalyc.org/html/410/41070114/>
264. Kawulich BB. La observación participante como método de recolección de datos. Forum Qual Soc Res. 2005;6(2):1–32.
265. Schensul SL, Schensul JJ, LeCompte MD. Essential Ethnographic Methods: Observations, Interviews, and Questionnaires. Rowman Altamira; 1999. 318 p.
266. Marshall C, Rossman GB. Designing quality research. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc; 1995.
267. Glaser BG. Jargonizing: The use of the grounded theory vocabulary, chapter 1. The Grounded Theory Review. 2009;8(1).
268. Christiansen O. The rationale for the use of classic GT. The Grounded Theory Review. 2008;7(2):19–38.
269. Glaser BG, Holton J. Remodeling Grounded Theory. Forum Qual Soc Res [Internet]. 2004 May 31 [cited 2017 Jul 11];5(2). Available from:
<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/607>
270. Holton JA. The Coding Process and Its Challenges. The Grounded Theory Review. 2010;9(1):21–40.

271. Glaser BG. Introduction: Free style memoing. *Grounded Theory Review*. 2013;12(2):3–14.
272. Glaser BG. The grounded theory perspective III: theoretical coding. 2005. Mill Valley: Sociology Press Google Scholar.
273. Glaser BG. Staying Open: The Use of Theoretical Codes in GT. *The Grounded Theory Review* 2013. 12 (1), 3-8. 2013.
274. Glaser BG. *Doing grounded theory: Issues and discussions*. Sociology Press; 1998.
275. Glaser BG. *Naturalist inquiry and grounded theory*. Mill Valley. CA: Sociology. 2004;
276. Benner P. From novice to expert excellence and power in clinical nursing practice. *AJN The American Journal of Nursing*. 1984;84(12):1480.
277. Patton M. *Qualitative methods in evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2002.
278. Lofland J, Snow DA, Anderson L, Lofland LH. *Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis*. 4th ed. Wadsworth Publishing; 2005.
279. Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. Third Edition. United States of America: Sage Publications; 2002.
280. Boulton M, Parker M. Informed consent in a changing environment. *Soc Sci Med*. 2007 Dec;65(11):2187–98.
281. NCH Software. *Express Scribe Transcription Software* [Internet]. 2017. Available from: <http://www.nch.com.au/scribe/index.html>
282. Google. *Google Scholar* [Internet]. 2017. Available from: <https://scholar.google.com>
283. Holton JA. Grounded theory as a general research methodology. *The grounded theory review*. 2008;7(2):67–93.
284. Holton JA. The Coding Process and Its Challenges. *The Grounded Theory Review*. 2010;9(1):21–40.
285. Glaser BG. The grounded theory perspective II: Descriptions remodeling of grounded theory methodology. Sociology Press; 2003.
286. Seid G. La pluralidad de procedimientos para alcanzar validez en las

- investigaciones cualitativas. *Perf Latinoam*. 2016 Oct 26;0(12):41–55.
287. Etherington K. *Becoming a Reflexive Researcher: Using Our Selves in Research*. Jessica Kingsley Publishers; 2004. 284 p.
 288. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative case analysis: A sourcebook of new methods*. Sage Publications, Inc, Thousand Oaks, CA. 1994;
 289. Arias Valencia MM, Giraldo Mora CV. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Investigación y educación en enfermería* [Internet]. 2011;29(3). Available from: <http://www.redalyc.org/html/1052/105222406020/>
 290. Minsalud. Resolución número 8430 [Internet]. 1993. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
 291. Rodríguez Yunta E. COMITÉS DE EVALUACIÓN ÉTICA Y CIENTÍFICA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS Y LAS PAUTAS CIOMS 2002. *Acta Bioeth*. 2004;10(1):37–48.
 292. de Nuremberg C. Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947. Disponible en URL: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf> (último acceso: 01/05/12). 1949;
 293. Barata PC, Gucciardi E, Ahmad F, Stewart DE. Cross-cultural perspectives on research participation and informed consent. *Soc Sci Med*. 2006 Jan;62(2):479–90.
 294. Barrero Reyes AM, Others. *Intervención en crisis* [Internet]. Universidad de la Sabana; 2007. Available from: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/1644>
 295. Corbin J, Morse JM. The Unstructured Interactive Interview: Issues of Reciprocity and Risks when Dealing with Sensitive Topics. *Qual Inq*. 2003 Jun 1;9(3):335–54.
 296. Curry MW. In Pursuit of Reciprocity: Researchers, Teachers, and School Reformers Engaged in Collaborative Analysis of Video Records. *Theory Pract*. 2012 Mar 29;51(2):91–8.
 297. Dirección Nacional de Derechos de Autor. Decisión andina 351 de 1993 régimen común sobre derecho de autor y derechos conexos [Internet]. 1993. Available from: <http://derechodeautor.gov.co/decision-andina>
 298. Senado de Colombia. Ley 599 [Internet]. 2000. Available from: <http://derechodeautor.gov.co/documents/10181/182597/599.pdf/ca68d048->

a120-4b78-8b19-325d09f9d585

299. Universidad de Antioquia. Resoluciones rectorales de la Universidad de Antioquia número 21231 de 13 de diciembre de 2004 y 21985 del 6 de febrero de 2006 las cuales buscan proteger los derechos de autor de las producciones intelectuales producidas por estudiantes y docentes [Internet]. 2012. Available from: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/EditorialUdeA/E.GuiaAutores?_piref416_6054217_416_763845_763845.
300. Ministerio de la Protección Social. Resolución 002378 de 2008 [Internet]. 2008. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31169>
301. Duldt BW, Giffin K. Theoretical Perspectives for Nursing. 1985.
302. Habermas J. Teoría de la Acción Comunicativa: Racionalidad de la Acción Y Racionalización Social. Taurus; 2001.
303. Luque Moreno J. El ritmo del lenguaje: conceptos y términos. Rhythmica, IX. 2011;99–144.
304. Fadiman J, Frager R. Teorías de la personalidad. Segunda Edición en Español. México: OXFORD University Press; 2001.
305. Greene B. El universo elegante: Supercuerdas, dimensiones ocultas y la búsqueda de una teoría definitiva. Grupo Planeta Spain; 2011. 692 p.
306. Greta Science. Video: Magnetic Chaos, The Reversal of the Earth's Magnetic Field [Internet]. 2016. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=7Vmpzk2bjJo>
307. Suzuki D. Video: The Reversing of Earth's Magnetic Poles [Internet]. 2011. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=d56GOgmjWOI>
308. Illana JI, Santiago J. Teoría Cuántica de Campos. Departamento de Física Teórica y del Cosmos, Universidad de Granada, Granada [Internet]. 2013; Available from: <http://www.ugr.es/~jillana/Docencia/TQC/tqc.pdf>
309. Platón. Diálogos de Platón. Ediciones Ibéricas y L.C.L.; 1968. 524 p.
310. Platón. El Banquete de Platón (Spanish Edition). CreateSpace Independent Publishing Platform; 2016. 52 p.
311. Watts DJ. Seis grados de separación. La ciencia de las re [Internet]. 2006; Available from:

http://www.empresasyemprendedores.aytosalamanca.es/es/downloads/Seis_grados_de_separacixn.pdf

312. Flyvbjerg B. Making social science matter: Why social inquiry fails and how it can succeed again. Cambridge university press; 2001.
313. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Ordem Med. 2014;36(6):835–45.
314. Fisher H, del Rey VEG. Por qué amamos: naturaleza y química del amor romántico. Santillana, Taurus; 2004.
315. Bbc. Documental: La vida secreta de las plantas. 1994.
316. Tompkins P, Bird C. La vida secreta de las plantas. CAPITÁN SWING LIBROS; 2017.
317. Waldemar C. La magia del sexo. Grijalbo; 1963. 397 p.
318. Araujo M, Marías J. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Edición bilingüe, introducción, traducción y notas. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.(11949); 1994.
319. Taylor C, Taylor C. Fuentes del yo: la construcción de la identidad moderna. Paidós Ibérica,; 2006.
320. Honneth A. La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales. Crítica; 1997. 230 p.

ANEXOS

Anexo 1. Las experiencias interiores vitales que me llevaron escoger el tema de la sexualidad

Me gustaría incluir en este trabajo investigativo a las vivencias que me motivaron a realizar esta investigación en la disciplina de enfermería. Hacerme consciente de esta vivencias y experiencias como un punto de partida, aportó a una mayor objetividad en el proceso investigativo pues ayudó a aislar mi voz de las voces de los participantes y me brindó claridad sobre mi posición frente al tema y mi parcialidad.

Comenzaré por contarles que soy la hija menor de cuatro hermanos; y pese a que mi familia estaba radicada en la ciudad de Medellín, nací en un pueblo del Departamento de Antioquia ubicado a la ribera del río Magdalena, pues mi abuela materna era enfermera y vivía en este pueblo, así que, mi madre viajaba desde la ciudad hasta este pueblo con la intención de que su propia madre la asistiera en el parto y la cuidara durante el postparto. Mi abuela había estudiado enfermería a finales de los años treinta e inicio de los cuarenta a través de un programa ofrecido por el gobierno Colombiano en convenio con el gobierno Norteamericano, en el cual se recibían las clases teóricas por radio y los textos y evaluaciones se tramitaron a través de correspondencia escrita.

Terminados sus estudios, mi abuela trabajó en lo que hoy día llamaríamos enfermería domiciliaria; ella se desempeñó en el área de ginecología y obstetricia así que, se desplazaba por las veredas y corregimiento aledaños al pueblo donde vivía, brindando cuidados y atención a las mujeres embarazadas.

Cuando era niña, mi familia y yo vivimos una temporada en mi pueblo natal, por esa época tuve una fuerte afinidad por mi abuela, posiblemente porque ambas éramos de una tez morena, en contraste con la tez blanca del resto de mi familia, y sin duda porque ella estuvo en el momento de mi nacimiento, que según recuerda mi familia, fue tortuoso y complejo, pues mi abuela tuvo que realizar algunas maniobras de reanimación y ayudarme a una mejor adaptación; así que mi familia siempre ha dicho que gracias a ella, yo pude sobrevivir. Mi padre en agradecimiento me puso su nombre, Rosa Amelia, y gracias a esa afinidad que tuve con ella se empezaron a tejer mis primeras inquietudes sobre la sexualidad.

Mi abuela en algunas ocasiones atendía en su casa a las mujeres embarazadas

que viajaban desde las veredas y corregimientos al pueblo, yo, que por este tiempo pasaba las tardes y algunas veces los días enteros en su casa, no podía escapar a la curiosidad y fisgonear a través de una rendija, los procedimientos que ella les realizaba, intentando saber qué pasaba con esas mujeres de barriga grande y de caminar lento.

Durante las tardes calurosas que pasábamos mi abuela y yo en la cocina, ella me contaba sobre las mujeres que cuidaba, sobre sus relaciones de pareja, el contexto social en el cual se embarazaron, de una forma u otra me hablaba sobre sexualidad. Yo que para ese momento tenía 3 años de edad, no entendía todo lo que me decía. Yo intentaba entender ¿por qué una mujer tenía un hijo?, ¿qué pasaba?, ¿cómo era el procedimiento?, y aunque mi abuela intentaba explicarme con palabras no del todo claras para mí, yo presentía que había algo oculto, tal vez entre las piernas, algo que al parecer yo también tenía, pero sin plena seguridad de que específicamente allí, en ese lugar estuviera ubicado el secreto. Recuerdo que mi abuela hablaba de las mujeres que atendía y las llamaba pacientes, si bien éstas eran seres humanos, ella las llamaba así porque al momento de ser atendidas ellas tenían algún tipo de requerimiento que derivan en un proceso de cuidado o de intervención.

Un año más tarde comenzó mi vida escolar, en mi pueblo natal. Aprender a leer me permitió acceder a otros medios para indagar sobre ¿cómo iniciaba el milagro de la vida? y tratar de entender, ¿cuál era la relación que eso tenía con la sexualidad?; en casa de mi madre, había un armario de madera con algunos libros, ubicado en lo alto de una pared, justo en la habitación de mis padres, estos libros estaban puestos allí seguramente para que mis hermanos y yo no los leyéramos, pero, a mí me llamaron la atención, así que, aprovechando las cortas ausencias de mi madre cuando salía al mercado, tomaba los libros, me iba a una parte sola de la casa y observaba sus imágenes, en algunas ocasiones intentaba leerlos, todo esto lo hacía con la intención de encontrar la respuesta a mis preguntas; en los títulos de estos textos encontré escrita la palabra “Sexualidad”, que si bien incluía la procreación, no solo a esto hacía referencia, se trataba entonces de un asunto que vinculaba el hombre y la mujer, lo que en el libro llamaba pareja, incluía la satisfacción, el placer y la comunicación; tiempo después mi madre desapareció los libros del armario, seguramente veía que estaban mal acomodados. Así que yo, emprendí su búsqueda por toda la casa y los encontré en un chifonier que tenía generalmente las llaves pegadas a la puerta, así que, continúe observando y leyéndolos los libros, como para entender mejor; había un algo oculto siempre en la sexualidad y yo quería saber qué era, qué era lo que pasaba, pero, en este momento de mi vida la investigación no prosperó, pues, los libros desaparecieron otra vez.

Dos años más tarde establecida la familia de nuevo en Medellín, tuve el primer acercamiento con eso que años atrás había observado en los libros; una mañana

de sábado me levanté temprano, caminé de mi habitación a la habitación de mis padres, la luz del alba entraba de forma tenue por los agujeros que tenía la puerta que comunicaba el corredor de la casa con el patio, la puerta de la habitación de mis padres no estaba cerrada y vi, ya no en imágenes, sino a mis padres allí acostados, desnudos; la forma como se miraban, como se tocaban, con tanto respeto, con tanta suavidad y amor, que yo entendí ese momento como una expresión sublime de la sexualidad; no quise interrumpir, así que, en silencio me devolví a mi cama, pero, esa imagen quedó grabada en mi mente, y sin duda ese momento marcó la forma en la cual percibo la sexualidad.

Durante la adolescencia mi prioridad fue estudiar y aunque había cierto interés por las relaciones de pareja, estas no prosperaron de una simple amistad, debido seguramente a las restricciones de mis padres y al compromiso que incluía tener una pareja, de acuerdo a la formación que había recibido.

Uno de mis pasatiempos en la adolescencia era bailar danza folklórica, me gustaba particularmente la danza afro-colombiana por su sensualidad. Las danzas folklóricas cuentan historias de las vivencias que tienen los seres humanos, y una de las vivencias más contadas en este tipo de danza es la invitación que hace el hombre a la mujer o la mujer al hombre a iniciar un acto sexual. Esta reflexión sobre el gusto que me generaba la danza, la realice años después al momento en que simplemente la practicaba. Recuerdo que el grupo en el cual bailaba realizaban muchos talleres de expresión corporal y de puestas en escena, una vez llevaron un invitado para un taller, era un joven, el ejercicio consistía en hacer un dibujo y una poesía luego de mirarlo un largo rato, lo que yo no sabía era que él iba a estar desnudo; yo nunca había visto un cuerpo masculino desnudo enfrente de mí, así que, sentí una vergüenza enorme, pasó un largo rato antes que lograra mirarlo completamente, pero, cuando lo hice descubrí como las líneas tenues de su cuerpo demarcaba la palabra hermosura, una hermosura tal, que me hizo comprender que el cuerpo estaba hecho para danzar y para amar. Fue así como la poesía y la danza fueron mis expresiones secretas de sexualidad en estos años.

Ya en la universidad el amor y el deseo afloraron y estudiar enfermería me ayudó a entender sobre mi propia sexualidad, no sólo por estudiar lo biológico sino porque tuve el apoyo de algunas profesoras, las cuales me hacían pensar sobre ¿qué era para mí la sexualidad? y cómo vivirla; recuerdo particularmente la profesora de psicología, su nombre es Margarita, ella desarrollaba todas sus clases haciendo lecturas de algunos apartes de las obras completas de Sigmund Freud y analizando posteriormente el significado de las lecturas, así que, luego del análisis debíamos hacer un ensayo sobre lo discutido; debo confesar que esto fue muy divertido para mí, pero a la vez difícil, pues estas clases me sugerían analizar cada evento de mi vida partiendo de la sexualidad y había algunas cosas de la

sexualidad que para este momento no había experimentado, así que, hablar o escribir sobre esto representó un gran esfuerzo, pero, estando en esas clases me di cuenta que la sexualidad es más que una palabra, es una acción que se realiza simplemente viviendo, fue así como descubrí que cada paisaje que observaba, cada movimiento que hacía, el colegio, las danzas, la poesía, estaban relacionadas con la sexualidad, pues la sexualidad es un acto de construcción humano a partir de la vivencia misma.

Otra profesora que afianzó mi interés por saber y conocer más acerca de la sexualidad fue Bernarda, ella era una profesora de salud mental y psiquiatría, con ella trabajamos algunos aspectos antropológicos y sociológicos de la sexualidad. Ella, siempre nos cuestiona sobre nuestras relaciones de pareja, e introdujo al concepto que yo estaba construyendo de mi propia sexualidad un elemento llamado AMOR, el cual se había mantenido implícito, pero, intangible hasta ese momento y que a través de sus palabras se materializó, con lo cual, logré dar un significado más profundo a las vivencias sexuales que había tenido. Ella nos hablaba de cómo la sexualidad influía en la salud mental de los seres humanos, e incluyó al concepto de bienestar, la sexualidad como un aspecto fundamental.

El currículo con el cual fui formada como enfermera no contemplaba ningún curso en el cual se abordará la sexualidad como eje central, sin embargo, en el cuarto semestre realizamos la primera prácticas de educación en salud sexual a jóvenes en los colegios de Medellín; para el desarrollo de esta práctica yo estaba aterrada, estar parada en la mitad de un salón con cuarenta estudiantes tres o cuatro años menores que yo, con preguntas sobre sexualidad que tal vez yo también tenía, e igual que ellos no conocía las respuestas. Más, los temores se apaciguaron cuando al preparar las actividades para los jóvenes, la Universidad y la Institución educativa donde desarrollamos las prácticas, sugirieron enfocamos exclusivamente en los aspectos biológicos de la sexualidad, por tanto, los temas tratados fueron: métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual. Debo confesar que, la visión netamente biológica de la sexualidad era a mi gusto demasiado fría y me fue imposible no incluir algo de arte, poesía y danza a estas actividades; pues estos eran elementos, que yo había experimentado y aprendido como expresiones de la sexualidad. Esta propuesta de educación sexual para el momento innovadora y ampliamente aceptada por docentes y estudiantes. Después de esta experiencia, en el transcurso de mi formación universitaria no tuvimos académicamente ningún acercamiento a temas relacionados con la sexualidad.

Al terminar mi formación profesional realicé el servicio social obligatorio en un pueblo ubicado a la ribera del río Cauca. En la interacción que tuve con los pacientes, empecé a darme cuenta que necesitaba una mejor fundamentación

teórica para intervenir problemas relacionados con la sexualidad, porque la formación academia me había ofrecido sólo aquellas dos profesoras, esa práctica comunitaria y los elementos de la biológica básicos en salud sexual y reproductiva. Entonces, tuve que empezar estudiar un poco más sobre el tema, y me acerque a autores como Michel Foucault, Colliere, Helí Alzate entre otros; esto me invitaba a pensar en el concepto que yo tenía para ese momento de sexualidad, reflexionando hacían donde este concepto debía dirigirse. Pero, este desarrollo conceptual se gestó cuando al terminar mi servicio social obligatorio decidí volver a mi pueblo natal, ubicado a orillas del río Magdalena, allí ejercí como enfermera y tuve la oportunidad de contrastar la perspectiva que tenía del pueblo y sus habitantes cuando era niña y la perspectiva que tenía ya siendo enfermera; pasé de esa sensación calurosa acompañada por conversaciones con mi abuela al lado del fogón, de asuntos casi incomprensibles para mí, a un conocimiento íntimo de las personas que asistían a mi consultorio, y que por decisión propia, me contaban de sus comportamientos sexuales, los cuales en muchas ocasiones los ponían físicamente en riesgo de desmejorar su salud; logré entonces, comprender lo que mi abuela me contaba y que su preocupación no era ahora diferentes a la mía. Así que, procuré escuchar más y utilizar los conocimientos teóricos que hasta el momento había adquirido. Empecé a darme cuenta que la gente de mi pueblo natal querían saber más sobre sí misma a través de la sexualidad, por tanto, comprendí que la sexualidad también era un asunto de auto-conocimiento, del porqué de nuestra vida y de nuestra forma de actuar. Las experiencias de las personas que cuidaba y la necesidades que me planteaban me hicieron pensar en cómo asumir yo, asuntos relacionados con la sexualidad al momento de la atención y sobre todo, que conocimiento requería para brindar mejor el proceso de cuidado en asuntos que incluía aspectos de tipo sexual.

Al regresar a Medellín comencé a trabajar en un programa, este consistía en visitar las diferentes empresas del área metropolitana haciendo educación en salud. Este programa exigía un alto compromiso y preparación, porque las plantas de trabajo en las empresas se paraban para que yo estuvieras con el personal y diera información o educación sobre diferentes temas relacionados con la salud. Era un trabajo muy complejo porque yo, en una hora, debía dejar un mensaje que perdurará en las mentes y en los corazones de los seres humanos que me escuchaban; ese trabajo fue hermoso y me di cuenta que los seres humanos, querían saber más sobre su propia sexualidad, más de lo que yo lo había pensado, lo solicitaban de una manera a veces no directa sino tácita, así que, yo debía tener la perspicacia de saber ¿qué era lo que ellos necesitaban saber? y también, ayudar a que ellos construyeran su propio concepto, su propia idea y su propia manera de vivirla.

Luego trabajé como enfermera de consulta externa, allí tuve contacto con los diferentes programas, en este empleo, consolidé mi interés por trabajar aspectos

relacionados con la sexualidad, pues programas como planificación familiar, y control prenatal estaban directamente relacionados con aspectos biológicos de la sexualidad, más, las necesidades de las personas que cuidaba, trascendían lo biológico. Esto lo identifiqué no sólo en los programas de planificación familiar y control prenatal, sino en otros como control de crecimiento y desarrollo o programas relacionados con patologías crónicas, así que, fue necesario retomar temas que incluyeran las relaciones interpersonales y expresiones íntimas de los seres humanos frente a la sexualidad. Varios personas me hablaban de su inconformidad con diferentes colegas, pues, decían que estos algunas veces no estaban interesados en abordar temas sexuales en sus consultas; me pregunté entonces, ¿porqué estos colegas no abordaban estos temas?, en consecuencia, durante las horas de almuerzo, entre frijoles y chismes de farándula, indagaba acerca del porqué algunos de mis colegas realizaban intervenciones casi exclusivamente de asuntos biológicos durante la consulta, en los cuales se excluía la sexualidad, o la circunscribían en aspectos netamente biológicos; la charla hacía aflorar espontáneamente sus respuestas, que hacían, referencia a no tener suficiente solvencia teórica para abordar estos temas o simplemente, aducían que no podían abordar problemas sexuales que ellos mismos no habían resuelto, además, las exigencias de los programas era en relación a lo biológico y no de otros aspectos; así, mis colegas reportaron que si en algún momento hacían intervenciones que incluyeran la sexualidad de los paciente, generalmente apelaban a sus propios conocimiento. Esto me hizo reflexionar sobre qué teorías teníamos en la disciplina de enfermería para abordar la sexualidad de los seres humanos. Pensando en esto, decidí volver a la academia aprovechando mi afinidad por la docencia, entonces, me presenté para ser docente en la Universidad de Antioquia, aquí he tenido la fortuna de trabajar en el área de Salud Sexual y Reproductiva, esta área del conocimiento incluye los procesos de la vida relacionados con la sexualidad humana, la procreación, el embarazo, el parto, el posparto y la atención del recién nacido, esta área es a mi parecer un acierto del nuevo plan curricular y como siempre me había parecido un área mágica, estar acá ha sido maravilloso.

Como docente en la Universidad de Antioquia he podido acercarme cada vez más a los conocimientos ofrecidos por mi propia disciplina; beneficio que no tuve como estudiante pues el plan curricular con el cual realice mi proceso de formación pregradual, no contemplaba el estudio de teorías de enfermería.

En mi primer día como docente, recuerdo que me puse mi mejor ropa, preparé algunas imágenes para mi presentación y estaba muy asustada, pero emocionada, el tema que había preparado era sexualidad en la diferentes etapas de la vida, entonces, conocer el grupo de estudiantes, romper el hilo de inicio de semestre y tratar un tema tan importante para mí, me generaba mucha expectativa, este día fue muy especial, recordaba a Bernarda y a Margarita, podía

sentir que ellas estaban allí para mí, pensaba en ellas y en lo que ellas me transmitieron durante sus clases. La clase fue un aprendizaje increíble, pues, nuevamente hablar sobre sexualidad representó un acto de construcción, no solo teórico sino personal, escuchar los estudiantes exponer sus vivencias y temores, que en otra época habían sido también los míos, ¡fue fantástico!. Aquí, pude darme cuenta que para el desarrollo teórico del curso de Salud Sexual y Reproductiva ofrecido a los estudiantes, utilizamos principalmente bases teóricas relacionadas con la psicología, sociología, antropología, biología y medicina. teniendo pocas teorías relacionadas con la disciplina de enfermería, esto debido a la carencia de conceptos propios de enfermería para el cuidado de la sexualidad.

En el área de salud sexual y reproductiva desarrollamos prácticas en el ámbito hospitalario y comunitario. Cuando fui a mi primera práctica intra-hospitalarias los estudiantes estaban preocupados y debo confesar que yo también, por no tener plena claridad de cómo realizar adecuadamente la integración teórico-práctica; previo a la práctica había pasado quince días en la institución de salud pues hacía ya un largo tiempo que no estaba al cuidado del binomio madre-hijo en un área hospitalaria; en la instrucción de salud donde desarrollé esta práctica, y en otras donde posteriormente estuve, tenían protocolos de atención para brindar cuidados a los pacientes en aspectos biológicos la sexualidad, pero, no en otros aspectos importantes, como la comunicación, la construcción de la identidad y el auto-conocimiento, que según mi experiencia eran elementos fundamentales para lograr el bienestar en los seres humanos; es así como generar conciencia en los estudiantes, de la importancia que tienen aspectos no biológicos relacionados con la sexualidad, se convirtió en una de mis prioridades. En el ámbito comunitario, tenemos como estrategia para el aprendizaje, la elaboración de proyectos educativos en salud sexual, por tanto, participar de estos proyectos educativos ya no como estudiante sino como docente, formarme con los estudiantes, aprender con los que estaban aprendiendo, que era eso de sexualidad para ellos? y obviamente tomarlo para mí, ha sido muy inspirador. Debo confesar que si bien había pasado 10 años desde mi experiencia con los proyectos educativos como estudiante, la situación no había cambiado mucho, pues las instituciones educativas, bien sea, por los requerimientos de algunas políticas de salud presentes en este país o por considerar las principales problemáticas de salud sexual y reproductiva los embarazos adolescentes y las enfermedades de transmisión sexual, continuaban considerando estos temas biológicos el pilar fundamental para la educación en salud sexual; lo interesante es que muchos adolescentes con los que estamos desarrollando la práctica, no querían saber sobre estos temas biológicos, querían saber de sí mismo, querían encontrarse a sí mismo a través de la sexualidad; en respuesta a esta solicitudes los estudiantes de enfermería realizaron un proyecto educativo, el cual llamaron: “Quiero hacer el amor... con migo mismo”. Este título aunque sugestivo pretendió recopilar las necesidades que estos jóvenes tenían en referencia a la sexualidad. Trabajar como docente ha sido muy enriquecedor, pues ha surgido de los mismos

estudiantes en algunas práctica o clases, la necesidad desarrollar teoría en enfermería que aporte al cuidado de la sexualidad y fue precisamente de estas reflexiones que comenzó a surgir la idea de desarrollar un concepto de sexualidad para la disciplina de enfermería.

Anexo 2. Análisis de los datos en teoría fundamentada clásica.

El proceso de análisis de datos en la Teoría Fundamentada desde la perspectiva clásica de Barney Glaser

Artículo revisado en la revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales y aprobado para su publicación con modificaciones.

Introducción

Cuando se inicia un proceso investigativo se piensa en un fenómeno sobre el que se desea indagar más, en encontrar y elegir una metodología que permita hacerlo. En ocasiones implica una búsqueda entre las diferentes metodologías investigativas por lo que es posible encontrarse con la Teoría Fundamentada (TF), la cual resulta cautivadora al proponerse como una herramienta para generar teoría y por su utilidad en el análisis de los datos que surgen en la investigación cualitativa (De la Cuesta 2006)(Delgado 2012).

Al estudiar la TF nos damos cuenta que desde sus inicios los creadores (Glaser y Strauss 1967) han transitado por distintos caminos en la producción de conocimientos, lo que ha generado modificaciones en la metodología propuesta inicialmente; además, la integración de distintas corrientes de pensamiento con el fin de estudiar un fenómeno, ha promovido una nueva generación de investigadores con diversas propuestas para su utilización (Ralph 2005), por lo que no se constituye en una metodología investigativa única, sino que se presenta con distintas perspectivas o enfoques (Delgado 2012).

De los distintos enfoques o perspectivas de la TF, encontramos tres que han alcanzado mayor reconocimiento y desarrollo teórico: a) Teoría Fundamentada Clásica u ortodoxa, abanderada por Barney Glaser que se presenta como el trabajo continuado de la propuesta inicial de Glaser y Strauss (Glaser y Strauss 1967), b) Teoría Fundamentada Modificada o transformada, cuyos autores, Strauss y Corbin, buscan detallar el proceso para la generación de teoría (Strauss y Corbin 2012) y c) Teoría Fundamentada Constructivista, planteada por Charmaz que propone la generación de teoría como un proceso construido entre el investigador y los participantes (Charmaz 2014).

Los distintos enfoques o perspectivas revelan diferencias relacionadas con las corrientes teóricas que las acompañan, la naturaleza de la realidad, el proceso de análisis de los datos, entre otros (Glaser 2003) (Delgado 2012). De estas

diferencias es importante reconocer el proceso mediante el cual se analizan los datos, ya que éste es la clave para el desarrollo de la teoría. Además, el análisis de los datos constituye uno de los principales usos de la TF en la investigación cualitativa, y en especial, porque frente a distintas formas de análisis, se obtiene diferente información sobre un mismo fenómeno (Christiansen 2008).

Los autores de la TF, tanto Constructivista como Modificada han publicado para cada perspectiva un texto único para el análisis de los datos, lo que facilita su comprensión y utilización (Strauss y Corbin 2012)(Charmaz 2014), distinto a lo que ocurre con la TF Clásica, la cual presenta el análisis de los datos en una amplia gama de textos (Grounded Theory Intitute).

La perspectiva Modificada ha sido ampliamente utilizada para el análisis de los datos y ha tenido mayor difusión científica en países ibero americanos, debido a que muchos investigadores se encuentran satisfechos con descripción detallada sobre cómo analizar los datos que Strauss y Corbin autores de la perspectiva, han realizado en su texto. (Strauss y Corbin 2012) (Delgado 2012:23) (Luquéz 2016)

El hecho de que la información sobre la TF Clásica esté publicada en diversos textos y que tenga poca difusión en la literatura científica producida en Iberoamérica, puede generar, en especial en investigadores noveles, dificultades al momento de su interpretación y aplicación, incluso desánimo para su implementación y uso (Kelle 2005).

Está claro que cada investigador debe estar dispuesto a recorrer su propio camino durante el proceso de análisis de los datos, más, cuando éste se hace confuso, como en ocasiones sucede con la TF Clásica; tener una guía que ayude en la identificación de los pasos del proceso de análisis puede permitirles a los nuevos científicos agudizar su sentido investigativo, al tiempo que nutre su espíritu innovador (De la Cuesta 2015).

Apoyadas en la información ofrecida por Glaser y colaboradores, así como en nuestra experiencia investigativa, nos proponemos en este artículo realizar una síntesis del proceso de análisis de datos en la TF desde una perspectiva clásica, a fin de ofrecer herramientas que permitan a los investigadores reconocer sus aspectos o componentes y lograr una mayor comprensión que los anime a utilizarla.

Aspectos a tener en cuenta en la Teoría Fundamentada Clásica

La TF Clásica es definida como una metodología de análisis unida a la recolección de los datos, que utiliza un conjunto de métodos sistemáticamente aplicados para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva (Glaser 1992). Glaser, también nos recuerda de forma constante que la conceptualización es el proceso

central de la TF Clásica (Glaser 2001, 2008), y aclara, que la finalidad de la teoría generada en esta perspectiva es “*explicar y generalizar patrones de comportamiento*” (Delgado 2012:44)(Glaser 1992).

Frente a las particularidades de esta perspectiva, algunos autores plantean que la corriente de pensamiento que la acompaña se acerca más al Realismo Crítico, en el que la construcción de teoría se realiza mediante la identificación de cómo los participantes abordan las soluciones al fenómeno que se estudia (Parada 2004)(Delgado 2012).

Para la recolección de los datos la TF Clásica utiliza entrevistas abiertas, observaciones y notas de campo, así como la búsqueda de información en la literatura científica y no científica (Hernandez 2009). Las entrevistas abiertas deben permitir que el entrevistado hable libre y confidencialmente sobre la forma cómo resuelve sus principales problemas en un área específica del conocimiento, por lo tanto, carecen de una guía pre-estructurada de preguntas (Glaser 2001).

La TF Clásica tiene un precepto: “*todo es dato*” (Glaser 2001:145 traducción propia); en esta perspectiva, dato es aquello que está sucediendo en el escenario de la investigación (entrevista, documentación u observaciones), e indica lo que está pasando en un área sustantiva del conocimiento; así mismo, el dato debe ser descubierto para ser usado en la conceptualización y por tanto, para realimentar las categorías con sus propiedades más relevantes. Aquí también, la búsqueda de la literatura es considerada dato; por ello, es importante, al hacerlo, tener en cuenta tanto la literatura científica como la no científica (Glaser 1978) (Hernández 2009).

En cuanto a la búsqueda de información, la TF Clásica señala que tanto la literatura científica como la no científica tienen gran valor, pues se usa para la integración de la teoría, principalmente en la generación de códigos teóricos, punto esencial en el análisis de los datos en esta perspectiva (Glaser 1978). Dicha búsqueda debe hacerse después de encontrar la categoría central, asunto que comentaremos con más detalle cuando nos refiramos al proceso de análisis de los datos. Para crear una nueva teoría, el investigador debe abstraerse inicialmente de la información ofrecida por la literatura, en especial, la circunscrita al área de conocimiento investigada, como una forma de minimizar la influencia de las ideas preestablecidas del fenómeno que se desea estudiar (Glaser 2001).

Análisis de los datos en Teoría Fundamentada Clásica

El proceso de análisis de los datos en la TF Clásica se acompaña de cuatro aspectos importantes: *la comparación constante, el muestreo teórico, la elaboración de memorandos y la sensibilidad teórica*, los cuales tienen como propósito guiar el desarrollo de la teoría emergente (Glaser y Holton 2004).

La comparación constante es significativa porque en la TF Clásica la generación de los códigos conceptuales está sustentada en el modelo concepto-indicador. Este modelo propone que un dato posee indicadores empíricos, los cuales se comparan para ir generando, de forma consecutiva, códigos conceptuales abiertos, categorías sustantivas y sus respectivas propiedades y dimensiones para que de este modo emerja la teoría (Glaser 1978) (Ralph 2005).

Junto a la comparación constante, como parte del proceso de análisis, encontramos el *muestreo teórico*, el cual acompaña todo el proceso investigativo y hace referencia a la forma en la que se recolectan los datos, en este, los códigos conceptuales y categorías que vayan emergiendo durante el análisis, serán los que rijan la recolección de nuevos datos (nuevas entrevistas, notas de campo o documentos) que se recogen con el fin de continuar el desarrollo de la teoría a medida que emerge (Glaser 1978)(Holton 2010).

Otro proceso que acompaña el análisis de los datos son los *memorandos*, que son una descripción teórica de la representación conceptual de los datos. Los memorandos surgen durante las distintas y constantes comparaciones que se hacen con los datos y que, mediante su integración, propician la generación de códigos conceptuales y categorías que guían el muestreo teórico (Glaser 2013). En los *memorandos* el investigador expresa con libertad conceptual ideas sobre los datos que está analizando. Estas ideas son presentadas a través de hipótesis (proposiciones teóricas), que se van integrando y permiten dilucidar las conexiones entre las categorías y sus propiedades, haciendo que la teoría que emerja sea más consistente. Los memorandos requieren creatividad acompañada de sensibilidad teórica (Glaser 1978) (Glaser 2013).

La *sensibilidad teórica* es la habilidad para generar conceptos a partir de los datos y relacionarlos con la teoría en general (Glaser 1978), por eso, el investigador deberá tener la capacidad de concebir ideas durante el análisis, así como tolerar las confusiones que puedan presentarse en el ir y venir por los datos durante su constante comparación (Glaser 1978) (Glaser 1992)(Holton 2010).

El análisis en la TF Clásica se hace por medio de la codificación, un proceso dinámico a través del cual se generan códigos que son la relación esencial entre los datos y la teoría que va emergiendo (Glaser 1978). En esta perspectiva, al fragmentarse los datos para ser analizados, surge un conjunto de indicadores empíricos que al ser comparados permite la emergencia de códigos, los cuales conceptualizan *el patrón de comportamiento* presente en esos indicadores; aquellos, al agruparse, forman una teoría en la que se explica lo que está sucediendo en los datos.

En esta perspectiva durante el análisis de los datos se recomienda utilizar dos tipos de códigos: *Sustantivos* y *Teóricos* (Glaser 1978).

Códigos sustantivos

Estos códigos permiten la conceptualización y saturación de las categorías que emergen de un área de investigación; así mismo, la generación de estos códigos tiene dos pasos: la codificación abierta y la codificación selectiva (Glaser 1978)(Holton 2010).

La codificación abierta

La codificación abierta es la primera parte en la generación de códigos sustantivos. Ver en la (Figura 1) la representación visual de la descripción que se hará a continuación sobre la generación de códigos sustantivos en relación a la codificación abierta.

Inicia con los datos recolectados: entrevistas, documentos, notas de campo, entre otros, según el fenómeno a estudiar. Los datos deben ser divididos para su posterior análisis, división que también ha sido llamada: *fractura de los datos* (Glaser 1978); esta división o fragmentación de los datos puede hacerse línea por línea; pero, como en ocasiones una línea carece de una idea completa, Glaser propone que esta división también se haga en una frase o un párrafo que relacione la idea completa (Glaser 1978). Los datos divididos en líneas, frases o párrafos son llamados unidades de análisis; sin embargo, en la TF Clásica estas unidades son más conocidas con el nombre de *Incidentes* (Glaser 1978) (Holton 2010).

A cada incidente durante el análisis de los datos en la codificación abierta se propone realizar cinco preguntas: “¿Qué estudian estos datos?, ¿Qué categoría indica este incidente?, ¿Qué está sucediendo realmente en los datos?, ¿Cuál es la principal preocupación a la que se enfrentan los participantes? y, por último, ¿Cómo se explica la continua resolución de este problema o preocupación?” (Glaser 1998: 140 traducción propia). Hacer estas preguntas de forma continua permite que los datos indiquen lo que está sucediendo en ellos y las respuestas a estos cuestionamientos proporcionan algo que en TF Clásica ha sido llamado *indicador*. Los indicadores permiten la generación de códigos y trascender detalles descriptivos presentes en los datos (Glaser 1978).

El análisis de los datos continúa cuando al tener un indicador, este se compara con sí mismo y con el conjunto de indicadores que vayan surgiendo, utilizando el modelo concepto-indicador (Glaser 1978). Esta comparación de y entre indicadores en TF Clásica se conoce con el nombre de *intercambiabilidad de los indicadores*, lo permite la generación de *códigos conceptuales abiertos* (Glaser y Holton 2004). Es así como la generación de un código conceptual proviene de un conjunto de indicadores empíricos presentes en los datos, e identificado a través de la comparación constante (Glaser 1978).

La codificación prosigue con la inclusión de *nuevos datos* que, al ser fragmentados generan *nuevos incidentes* y posteriormente *nuevos indicadores*, estos últimos se comparan con los códigos conceptuales abiertos, al tiempo que se mantiene la

comparación entre indicadores ya identificados, así como entre estos y los nuevos que surgen (Glaser 1978).

La comparación constante entre nuevos indicadores y códigos conceptuales abiertos, así como los nuevos indicadores con el conjunto de indicadores hallados previamente permite identificar similitudes, diferencias y grados de consistencia en su significado, al tiempo que proporciona uniformidad que se traduce en la generación de una *categoría sustantiva*, o *código sustantivo*, con sus respectivas propiedades (Glaser 1978).

Si bien, estamos describiendo como un paso a paso la generación de códigos sustantivos, en el momento práctico debe tenerse en cuenta que este proceso de análisis tiene un flujo abierto y continuo, donde se hace comparación constante usando el modelo: concepto indicador, lo que significa que el conjunto de indicadores hallados con los datos iniciales estarán siempre en constante comparación con los nuevos indicadores, los códigos conceptuales abiertos y los códigos sustantivos que emerjan (Glaser 1978).

Los indicadores que acompañan las categorías sustantivas o códigos sustantivos, generados con sus respectivas propiedades (características), se comparan entre ellos y, de ser necesario con nuevos indicadores, creando otras nuevas propiedades a través de su intercambiabilidad (Glaser 1978) (Glaser y Holton 2004). Ahora bien, cuando nuevos indicadores no aportan propiedades distintas a un código sustantivo o categoría sustantiva, se considera que ésta se ha saturado (Glaser 1978) (Holton 2008).

La comparación entre indicadores de las categorías sustantivas posibilita no sólo el ajuste de las propiedades, sino también la identificación de las dimensiones, las cuales no surgen de forma predeterminada o dictadas por el sexo, el género o la clase social, sino de la elaboración lógica de distinciones que resaltan las magnitudes fundamentales de las propiedades de una categoría sustantiva o código conceptual sustantivo (Glaser 1978) (Glaser 2003).

La saturación de categorías sustantivas, o códigos sustantivos con sus propiedades y dimensiones, se presenta cuando al comparar nuevos indicadores con los indicadores de categorías sustantivas o códigos sustantivos, no surgen otros nuevos; este proceso de saturación permite reflexionar sobre la finitud del proceso investigativo, siendo necesario delimitar una variable o *categoría central potencial*, que guiará, en adelante, el fenómeno a estudiar (Glaser 1978).

La categoría central potencial será aquella que se relacione, de manera significativa y fluida, con las otras categorías sustantivas o códigos sustantivos con sus propiedades y dimensiones. Esta categoría es con frecuencia un proceso social básico, o una condición que representa gran parte de las variaciones en el patrón de comportamiento del fenómeno estudiado (Glaser 1978)(Holton 2010), y es importante porque con su aparición se da por terminada la codificación abierta

y se abre paso a la codificación selectiva; además, es en esta categoría donde se centrarán el proceso de recolección de datos (muestreo teórico) y las comparaciones de nuevos datos durante la codificación selectiva (Glaser 1978).

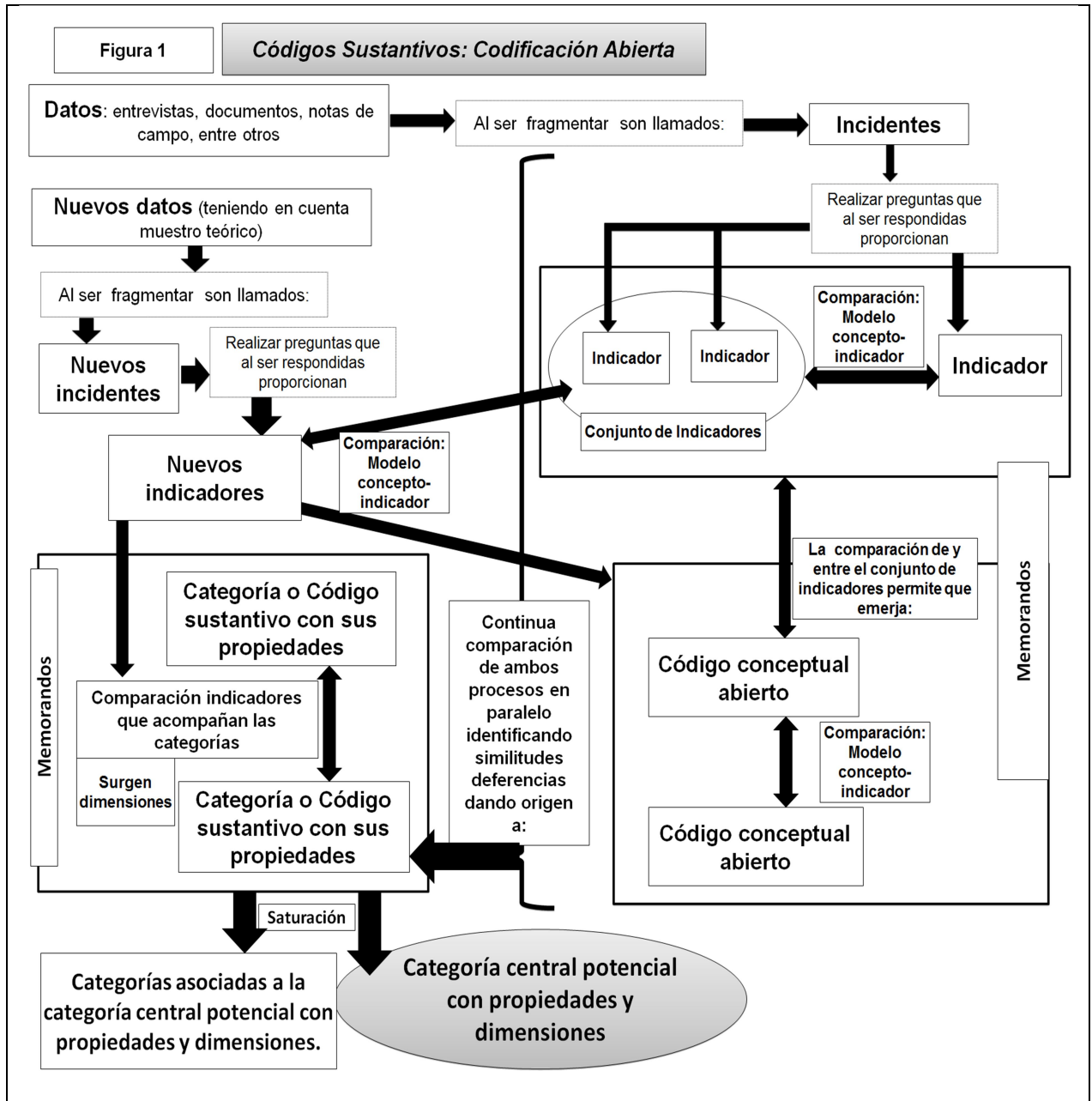


Figura 1. Códigos sustantivos: codificación abierta.*

* Basado en: Theoretical Sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory. Glaser (1978).

El análisis de los datos debe ser realizado por el propio investigador, de no hacerlo, al momento de integrar la teoría que emerge le será más difícil mantener

el hilo conductor sobre el fenómeno propuesto por los datos. Así mismo, la elaboración de los memorandos debe ser aprovechada desde el inicio del análisis y por tanto, debe hacerse una pausa en la codificación de los datos, de manera que se puedan desarrollar ideas con libertad conceptual completa (Glaser 1978) (Hernandez 2009).

La codificación selectiva

La codificación selectiva es la segunda parte de la generación de códigos sustantivos y se caracteriza porque durante esta etapa emerge la *categoría central* con sus propiedades y dimensiones (Glaser 1978) (Holton 2010). La categoría central es aquella que, a través de los datos, explica de forma relevante como la principal preocupación de los participantes es resuelta. La categoría central puede ser un proceso, un estado, una tipología, un rango, dos dimensiones, un continuo, una consecuencia y así sucesivamente (Glaser 1978)(Holton 2010)(Delgado 2012).

Esta categoría se observa con frecuencia en los datos, por lo tanto, es un patrón de comportamiento que muestra sus variaciones mediante la relación con las otras categorías (Glaser 1978) (Holton 2010). Las relaciones entre la categoría central y las otras categorías con sus propiedades, tienen como función principal la integración de la teoría permitiendo que sea más densa y saturada (Holton 2010). Para establecer la categoría central en la TF Clásica debe tenerse en cuenta que ésta es un patrón estable, es decir, ocurre con frecuencia en los datos y se relaciona de manera significativa y fluida con la mayoría de categorías, propiedades y dimensiones encontradas durante el proceso de análisis (Glaser 1978). Ver en la (Figura 2) una representación visual de la descripción que se hará a continuación sobre la generación de códigos sustantivos en relación a la codificación selectiva.

El proceso para encontrar la categoría central se inicia donde finalizó la codificación abierta, o sea, cuando el investigador ha identificado una categoría central potencial (Glaser 1978). Para ayudarnos en el análisis de los datos durante la codificación selectiva, Glaser propone las siguientes preguntas: “¿Qué está pasando en los datos?, ¿Cuál es el problema básico social al que se enfrentan los participantes en el campo de acción?, ¿Cuál es el proceso social básico o el proceso de estructura social que resuelve el problema en el campo de acción? y ¿Cómo se explica el problema en este proceso básico social?” (Glaser 1978: 57 traducción propia). Responder estas preguntas permite que el análisis de los datos se mantenga en un nivel de abstracción y de conceptualización que sobrepase lo descriptivo, en especial, cuando se expliquen las conexiones entre las categorías, durante el surgimiento de la categoría central (Glaser 1978).

Es importante recordar que la categoría central potencial es, con frecuencia, un proceso social básico, o también, una condición que representa un patrón de comportamiento con un abanico de variaciones frente a un fenómeno estudiado

(Glaser 1978) (Holton 2008) (Holton 2010). Esta categoría está asociada desde la codificación abierta a distintas categorías sustantivas, o códigos sustantivos que emergieron (Glaser 1978).

El análisis continúa con la comparación de los indicadores de las categorías sustantivas o códigos sustantivos emergentes (categoría central potencial y categorías sustantivas asociadas), con nuevos indicadores que provienen de los datos recolectados mediante el muestreo teórico, el cual funciona como filtro selectivo en la elección de nuevos datos, lo que implica que estos (entrevistas, documentos, notas de campo, entre otros) están delimitados por la categoría central potencial y las categorías sustantivas asociadas con sus propiedades y dimensiones, que emergieron al finalizar la codificación abierta (Glaser 1978).

La comparación de los nuevos indicadores con los de la categoría central potencial y las categorías sustantivas asociadas a ésta, permite las modificaciones necesarias de sus propiedades y dimensiones (Holton 2010). Así, quien investiga podrá descubrir la uniformidad subyacente entre las categorías sustantivas con sus dimensiones y propiedades y le dará lógica a sus integraciones; este proceso nos encamina a la elaboración de un esquema en el que se detallan las relaciones entre todos estos componentes. (Glaser 1978)(Holton 2010).

Identificar y esquematizar las relaciones entre las categorías, propiedades y dimensiones hace que la teoría se vaya configurando en una lista de categorías que se continuará comparando con nuevos indicadores que surgen del muestreo teórico, hasta que emerja la categoría central (Holton 2010).

Una vez identificada la categoría central, el análisis continúa con la recolección de nuevos datos que permitan la identificación de nuevos indicadores; en este punto, la recolección de los indicadores estará guiada por esta categoría; por tanto, solo se incluyen los que se relacionen con la categoría central y las categorías, propiedades y dimensiones asociadas a ella (Glaser 1978) (Holton 2010). Esta delimitación de la recolección de datos en torno a la categoría central hace que la teoría sea más parsimoniosa, y que se promueva la saturación teórica de la categoría central y las categorías asociadas a ésta; la saturación teórica indica que aun con nuevos datos analizados, no se identifican nuevas propiedades o dimensiones frente a las que ya existían en las categorías que emergieron (Glaser 1978)(Holton 2010).

En el proceso de análisis las categorías deben surgir naturalmente, y no forzar su aparición; para lograrlo, Glaser propone que durante el muestreo teórico y la generación de códigos sustantivos (codificación abierta y selectiva), el investigador permanezca en un área específica de estudio hasta que la categoría central sea encontrada (Glaser 2013). Los investigadores también deben estar conscientes de su propio ritmo en el proceso de análisis, ya que al intentar acelerarlo podrían limitar la creatividad y las habilidades conceptuales al agotar sus energías, lo que

resultaría en el desarrollo de una teoría poco profunda o incompleta (Holton 2010). La codificación selectiva finaliza cuando se generan la categoría central, por lo que se recomienda aprovechar el valor de los memorandos que van surgiendo en cada una de las comparaciones durante el análisis de los datos. Con estos memorandos aparecen códigos sustantivos que son la categoría central y las categorías, propiedades y dimensiones con las que se asocia, al tiempo que eleva a un nivel cada vez más alto de conceptualización la teoría que se integra (Glaser 1978) (Glaser 2013).

Códigos teóricos

La generación de códigos teóricos se ha visto como un reto cuando se utiliza la TF Clásica (Holton 2010). A continuación, intentamos hacer claridad sobre aspectos interesantes que encontramos en relación con estos códigos que pueden ayudar a su comprensión y utilización.

En la TF Clásica la elaboración de códigos teóricos no es una fase o etapa del análisis de los datos, se trata solo de códigos que permiten conceptualizar la forma como los códigos sustantivos (categorías con sus propiedades) se relacionan entre sí como hipótesis que deben integrarse a la teoría (Glaser 1978)(Glaser y Holton 2004) (Glaser 2005)(Holton 2010).

Para evitar confusiones, principalmente entre los investigadores noveles, algunos expertos en TF hablan de codificación teórica, término que se usa para referirse al proceso de búsqueda de códigos teóricos (Hernandez 2009); la confusión surge si se incluye su búsqueda como una etapa secuencial en la generación de teoría, o si se buscan después de finalizar la codificación selectiva (Holton 2010).

La búsqueda de códigos teóricos no es un asunto separado de la generación de categorías, pues éstas se relacionan e integran por medio de ellos (Glaser 2013). En este sentido, su búsqueda e identificación debe realizarse desde la generación de códigos sustantivos y no como una etapa o proceso separado (Glaser 1978)(Glaser y Holton 2004)(Glaser 2005)(Holton 2010).

Podemos añadir que los códigos teóricos se pueden encontrar desde la generación de códigos sustantivos (codificación abierta o selectiva), ya que son los encargados de potencializar el poder explicativo y de aumentar la pertinencia de las relaciones entre dos o más categorías (Glaser 2013). No obstante, la presencia de estos códigos se hace evidente y relevante en la codificación selectiva (la última etapa en la generación de códigos sustantivos), porque es aquí donde integran las categorías promoviendo el surgimiento de la categoría central; mientras que en el análisis de los datos relacionados con la codificación abierta (primera etapa en la generación de códigos sustantivos), el investigador se centra en el descubrimiento de los códigos conceptuales abiertos y categorías o códigos sustantivos con sus propiedades y dimensiones (Glaser 1978)(Glaser

1998)(Glaser 2005)(Hernandez 2009).

Recordemos que los códigos sustantivos (categoría central y categorías asociadas a ésta, que surgen de la codificación abierta y selectiva) indican patrones reconocibles en los datos que se analizan (Hernandez 2009) y llevan de forma *implícita* los códigos teóricos, (modelos que permiten la conexión e integración entre las categorías) (Glaser 2013).

En consecuencia, los códigos teóricos que aparecen cuando se conecta e integra la categoría central con sus propiedades y las categorías asociadas a ésta, no están nombrados de forma explícita; pues en este punto están casi siempre incluidos en la integración de las categorías de forma implícita; por ejemplo, un código teórico corresponde, con frecuencia, a una dimensión de un concepto central, es decir, conceptualiza implícitamente la forma cómo los códigos sustantivos se relacionan entre sí de forma multivariada, mediante hipótesis interrelacionadas para resolver la preocupación principal (Glaser 1998)(Glaser 2013).

Por eso, cuando Glaser afirma que no se necesitan los códigos teóricos para la generación de teoría sustantiva, puede prestarse a malos entendidos, pues él mismo advierte que estos códigos están siempre presentes de forma implícita en la teoría, aun cuando no sean utilizados conscientemente por el investigador (Glaser 2013). Las categorías son interrelacionadas unas con otras, y esto solo es posible mediante códigos teóricos. De no ocurrir, se corre el riesgo de que la teoría generada fuese modificada, es decir, un proceso meramente descriptivo de un problema social básico. En estos casos no se logra el propósito de la TF: la generación de teoría (Holton 2010).

Así que cuando Glaser hace esa afirmación, no hace referencia a los códigos teóricos implícitos en la integración de las categorías, sino más bien a aquellos que puedan emerger y que el investigador nombrará de forma explícita (Glaser 2013). Estos códigos nombrados explícitamente son interesantes, pues, con su utilización, la teoría que se genera podrá ser más plausible, pertinente y reforzada al integrarse y modelarse (Hernandez 2009); aunque el precursor de la TF Clásica invita y promueve la utilización de códigos nombrados explícitamente, no los propone como un asunto obligatorio en la generación de teoría (Glaser 2013).

Para ayudar en la identificación de códigos teóricos que puedan nombrarse de forma explícita, se propone hacer uso de la sensibilidad teórica propia de quien investiga, e identificarlos en campos del conocimiento no circunscrito directamente al fenómeno de estudio (Glaser 2005). Así que después de generar la categoría central y las categorías asociadas a ésta con sus respectivas interrelaciones (códigos teóricos implícitos), los investigadores leen literatura de diversos campos del conocimiento para identificar otros códigos teóricos y hacerlos explícitos, al tiempo que adquieren conocimientos sobre múltiples modelos teóricos, que

utilizarán para construir, comprender e integrar modelos que vayan mucho más allá de la causalidad contenida por la autoridad de una disciplina, (Glaser 2005) (Glaser 1978) (Glaser 2013); es así como los investigadores proporcionan, mediante la identificación de estos nuevos códigos, novedosas interacciones y conexiones, las cuales aportarán originalidad a la teoría generada (Glaser 1978)(Glaser 2013).

Los códigos teóricos nombrados explícitamente se agrupan en familias de códigos, que permiten construir modelos teóricos con un mayor poder de integración y conexión en la teoría generada; Glaser identificó durante las últimas décadas, familias de códigos teóricos comprendidas en tres textos: 18 en *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory* (Glaser 1978), nueve, en *Doing Grounded Theory: Issues and Discussions* (Glaser 1998) y 23, en *Grounded Theory Perspective III: Theoretical coding* (Glaser 2005)(Glaser 2007), e invita a los investigadores a que conozcan estas familias de códigos y a no quedarse solo con los que utilizan de forma habitual; asegurando que les permitirá agudizar la sensibilidad teórica y estar más atentos frente a la aparición de un nuevo código o familias de códigos (Glaser 1998)(Glaser 2005)(Hernandez 2009).

Aclarados los aspectos anteriores sobre los códigos teóricos, debemos admitir que su generación puede tornarse algo abstracto; por tanto, intentaremos explicar la forma en la que estos emergen durante el análisis de los datos y la generación de teoría. Es importante precisar que no emergen de forma espontánea, sino que van ganando su lugar a medida que el análisis y la integración de la teoría se van dando (Hernandez 2009).

Recordemos que los códigos teóricos emergen desde la generación de códigos sustantivos; para hacerlo se apoyan en la clasificación de memorandos y en la sensibilidad teórica que tenga o vaya desarrollando el investigador durante el mismo proceso de análisis. Aproximadamente 90% de los códigos teóricos que se identifican surgen mediante la clasificación de notas maduras (Glaser 2005), además, la clasificación de esos memorandos es una clasificación y ordenación de los conceptos que integran una teoría y no una clasificación de los datos (Holton 2010).

Para la clasificación de memorandos, la identificación de conexiones entre categorías, y la generación de los códigos teóricos se necesita de una dosis grande de sensibilidad teórica, de creatividad, balance lógico, apertura hacia lo inesperado, inmersión en el plano conceptual y mucha paciencia, así como estar enamorado del trabajo que se realiza (Holton 2010). Ahora bien, si los investigadores omiten la clasificación de los memorandos, la teoría generada podrá ser superficial o incompleta al carecer de integración interna y de las conexiones entre muchas de sus categorías (Glaser 1978).

Los memorandos son “bancos de información” y su elaboración es relevante, porque al ordenarlos facilitan la integración de la teoría general (Glaser 2013). Estos deben realizarse desde el inicio de la generación de códigos sustantivos (en la codificación abierta), así podrán ser comparados, analizados, clasificados y reorganizados a medida que los códigos, la categoría y sus propiedades vayan surgiendo (Glaser 1978). La construcción de memorandos difiere de una escritura descriptiva detallada; al inicio son breves, sólo unas pocas líneas, y posteriormente son más extensos ya que integran las ideas de notas anteriores y generan otras nuevas elevando aún más el nivel de conceptualización (Glaser 1978) (Holton 2008) (Glaser 2013).

A medida que avanza la generación de códigos sustantivos (generalmente durante la codificación selectiva), emerge la categoría central y sus categorías asociadas; esto, debido no solo a la comparación de incidentes, como vimos anteriormente, sino a la clasificación de memorandos, los cuales se van ordenando, de acuerdo con la categoría a la que pertenecen (Glaser 1978)(Glaser 2005). La clasificación de los memorandos proporciona integridad teórica y genera notas con un nivel conceptual más alto, las cuales ofrecen un mejor modelo para relacionar e integrar las categorías. Los modelos que se evidencian en las notas conceptuales o memorandos serán los primeros códigos teóricos implícitos que tendremos en la teoría (Glaser 2003) (Glaser y Holton 2004) (Holton 2010). En otras palabras, los memorandos sirven como medio para revelar las relaciones entre las distintas categorías y su propiedades (Glaser 1978)(Holton 2010).

La literatura relevante, para aumentar el poder explicativo de las categorías y sus conexiones, se integra en la teoría a través de los memorandos, permitiendo que cada concepto encaje dentro de esta, mostrando la relevancia en su desarrollo acumulativo y proporcionando mejores formas de organizar la teoría fundamentada (Glaser 2003)(Glaser y Holton 2004) (Holton 2008) (Holton 2010). En la clasificación de los memorandos que integran la literatura relevante para la teoría que emerge, se identifican códigos teóricos que asociarán, de forma implícita, las relaciones entre los códigos sustantivos que componen la teoría (Holton 2010).

Durante el proceso de integración de la literatura relevante en los memorandos, el investigador tiene la oportunidad de leer sobre otros campos del conocimiento diferentes a la disciplina en la cual está inscrito el fenómeno que se está estudiando (Holton 2010). Los memorandos dotados de modelos provenientes de otros campos del conocimiento, al ser clasificados y organizados, permitirán que nuevos códigos teóricos emerjan, y éstos pueden ser nombrados de forma explícita por el investigador (Glaser 1978)(Glaser 2013). En este punto, los códigos teóricos que los investigadores nombran de forma explícita pueden clasificarse en *familias de códigos*. Estas familias pretenden agrupar esos códigos de manera que puedan verse más claramente, durante su organización y clasificación, las similitudes, conexiones y uniformidades de los modelos, al tiempo

que permiten un mayor conocimiento de estos para determinar su ubicación precisa, y generar un mayor poder de integración en la teoría (Glaser 1978).

Clasificar y ordenar los memorandos que contienen literatura relevante para la teoría, códigos teóricos implícitos, o explícitos y agrupados por familias, hará que surja un *código* teórico *integrador* que ensamble plenamente la teoría sustantiva. Este código será capaz de mostrar la relación, que integra todas las categorías a la categoría central (Hernandez 2009).

Una vez desvelado el código teórico que integra la teoría sustantiva y que proporciona un ajuste global de la misma, se termina el proceso de análisis, y se da paso a la escritura de la teoría sustantiva generada (Holton 2010). Este informe escrito se presenta como una narrativa conceptualmente abstracta, en donde el código teórico que integra esta teoría, en compañía de los memorandos ordenados, genera un esquema teórico o marco conceptual que articula cada concepto a través de un conjunto integrado de hipótesis (propuestas teóricas), dejando ver las relaciones entre los conceptos (Glaser 1978) (Holton 2010).

El informe escrito de la teoría sustantiva se suele acompañar de un modelo gráfico, mapa conceptual o diagrama, en el cual se puede visualizar, de forma condensada, la teoría sustantiva generada durante el proceso investigativo (Buckley y Waring 2013) y además, ayuda a mostrar las formas en que las categorías se relacionan entre sí y con los códigos teóricos. Es habitual que durante el proceso de análisis se utilicen diagramas, los cuales pueden ayudar a los investigadores a darle sentido a las relaciones que van emergiendo de los datos; incluso, pueden convertirse en una parte activa de la generación de la teoría, no sólo por apoyar el desarrollo de la conceptualización, sino también, por fomentar activamente la claridad de pensamiento (Glaser 1978).

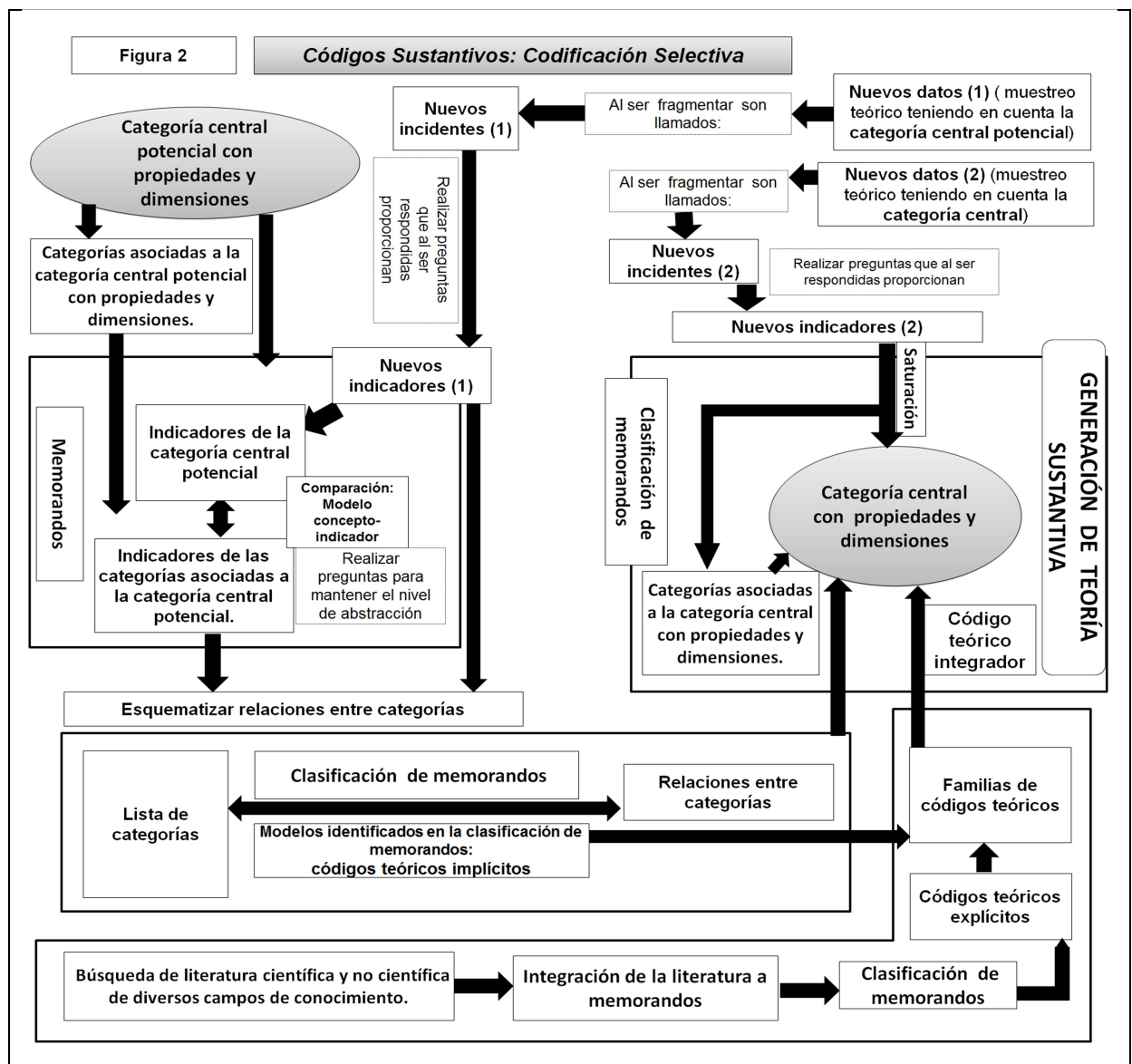


Figura 2. Códigos sustantivos: codificación selectiva.*

* Basado en: Theoretical Sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory. Glaser (1978).

Uso de programas de computación para el análisis de los datos

Tener medios que faciliten el proceso de análisis es de gran ayuda durante los procesos investigativos. El uso de programas informáticos como herramienta útil es cada vez más usual, no obstante implementar programas de computación para el análisis de los datos es un asunto que, con frecuencia, puede generar dudas en el investigador. Existen diversas alternativas relacionadas con este tema (Rodríguez y Medina 2014).

1) comercial: NVivo (ORS International), Atlas.ti (Atlas.ti), MaxQDA (Maxqda), Dedoose (Dedoose), f4analyse (f4analyse). 2) De acceso libre: AQUAD7 (AQUADAnalysis of qualitative data), RQDA (RQDA project), OpenCode (Opencode). Las herramientas que estos programas ofrecen son compatibles con diversos formatos de datos tales como: archivos de audio, vídeos, fotos digitales, Word, PDF, hojas de cálculo, texto enriquecido, texto plano, web y datos de medios sociales. Teniendo en cuenta que en la TF Clásica todo es dato y que durante el análisis puede ser pertinente mirar datos de diversas áreas, el uso de programas puede ser de gran utilidad (Rodríguez y Medina 2014).

En general, la opinión de los investigadores revela beneficios con el uso de las herramientas y funciones que presentan los programas, ya que pueden usarse en todas las etapas del análisis (Rodríguez y Medina 2014). No obstante, para los investigadores noveles puede representar un gran reto intentar aplicar el modelo concepto-indicador propio de la TF Clásica, al mismo tiempo que desarrollan sensibilidad teórica y aprenden el funcionamiento de un programa informático.

Sin embargo para otros investigadores los programas presentan limitaciones al plantear que la información suele ser fraccionada, perdiéndose una visión general de los datos e incluso una descontextualización de los mismos (Rodríguez y Medina 2014). La mejor manera de hacer una comparación constante, mediante el modelo concepto-indicador, consiste en codificar en el margen derecho junto al indicador; así el analista tendrá frente a sus ojos, un panorama general de los datos en un orden de izquierda a derecha y de forma consecutiva; un ejemplo es colocar secuencialmente de izquierda a derecha el incidente seguido de los indicadores presentes en él, y luego, las notas o memorandos de dichos indicadores e incidentes; esta ubicación permitirá visualizar de forma instantánea el origen del dato al momento de clasificar los memorandos y continuar haciendo la comparación constante (Glaser 1978).

De otro lado, se tiene la posibilidad de combinar el análisis manual con el uso de un programa informático, ya que el primero permite mayor cercanía a los datos, y el segundo aporta rigor y flexibilidad a la investigación; se sugiere, en caso de que se elija un programa para el análisis de los datos, aprovechar los tutoriales presentes en Internet y relacionarse con el programa informático antes de iniciar el proceso de codificación (Rodríguez y Medina 2014).

Además, debe tenerse claro que los programas informáticos son una herramienta de gestión de datos que le puede ayudar al investigador en sus esfuerzos por darles sentido (Rodríguez y Medina 2014); pero, es importante recordar que las herramientas más importantes en el proceso de análisis son la capacidad de permanecer abierto frente a los datos, la creatividad, la paciencia y sensibilidad para reconocer lo que sucede en los mismos.

Conclusiones y recomendaciones

El análisis de los datos en la TF Clásica se nos presenta como un proceso

continuo en el cual se señala una codificación abierta y selectiva, donde se generan códigos sustantivos (categoría central y categorías asociadas a ésta) y códigos teóricos (modelos que integran y relacionan las categorías que generan la teoría).

La TF Clásica nos muestra dos características particulares, la primera es que mediante el tratamiento sistemático de los datos se identifica una categoría central que guía el muestreo teórico y la integración de la teoría; a segunda, se relaciona con la búsqueda de información una vez encontrada la categoría central y no antes, con el fin de minimizar las ideas preconcebidas y confiar en la emergencia de conceptos a partir de los datos.

Para el análisis de los datos en la TF Clásica es indispensable saber cómo y cuándo encajar los diversos aspectos propuestos para su utilización. Para esto es necesario conocer y entender los diferentes términos que se usan en la TF Clásica, así como las distinciones entre códigos sustantivos y códigos teóricos, codificación abierta y codificación selectiva, proceso de la comparación constante y muestreo teórico, de manera que se avance a niveles mayores de abstracción conceptual y se logre la integración teórica.

Reconocer los diferentes aspectos que contempla el análisis de los datos en la TF Clásica, provee a los investigadores de las herramientas necesarias para utilizar esta perspectiva metodológica haciendo uso también de la intuición y la creatividad, para comprender el mundo y leer sus fenómenos.

Los programas de computación ofrecen herramientas válidas y útiles para el análisis de los datos; ayuda a una mejor implementación, conocer los tutoriales del programa informático que se desea utilizar. El uso de programas de computación es factible de ser combinarlo con el análisis manual.

Bibliografía

- AQUAD Analysis of qualitative data [en línea] [fecha de consulta: 20 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.aquad.de/en/>
- Atlas.ti Qualitative Data Analysis [en línea] [fecha de consulta: 14 febrero 2017]. Disponible en: <http://atlasti.com>
- Buckley, C.A. Waring. M. J. 2013. Using diagrams to support the research process: examples from grounded theory. *Qualitative Research*. 13(2):148–172 DOI: 10.1177/1468794112472280
- Charmaz, K. 2013. *Constructing Grounded Theory A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. California: SAGE Publications Inc.
- Christiansen, O . 2008. The Rationale for the Use of Classic Grounded Theory. *The Grounded Theory Review: An International Journal*. 2(7): 50-63. http://groundedtheoryreview.com/category/vol_07/2008-06/.
- Dedoose [en línea] [fecha de consulta: 15 junio 2016]. Disponible en:

<http://www.dedoose.com/>

De la Cuesta, C. 2006. Teoría y método la teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados* 2:136-140.

De la Cuesta, C, 2015. Decisiones y elecciones: El diseño de la investigación cualitativa. *Revista Cultura de los Cuidados*. 43: 9-11.

Delgado ,C. 2012. *La Teoría Fundamentada: Decisión Entre Perspectivas* Bloomington: AuthorHouse.

f4analyse [en línea] [fecha de consulta: 22 octubre 2016]. Disponible en: [Http://www.audiotranskription.de/english/f4-analyse](http://www.audiotranskription.de/english/f4-analyse)

Glaser, B.G. 1978. *Theoretical Sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B.G.1992. *Emergence vs Forcing: Basics of Grounded Theory Analysis*. Mill Valley, CA:Sociology Press.

Glaser, B.G.1998. *Doing Grounded Theory: Issues and Discussions*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B. G. 2001. *The Grounded Theory Perspective: Conceptualization contrasted with description*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B.G. 2003. Naturalist inquiry and grounded theory . *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 5(1), Art. 7, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs040170>

Glaser, B.G.2003. *The Grounded Theory Perspective II: Description's Remodeling of Grounded Theory Methodology*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B.G.2005. *Grounded Theory Perspective III: Theoretical coding*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser, B.G. 2007. *Doing Formal Grounded Theory: A Proposal* sociology press. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Glaser BG. 2008. Conceptualization: On theory and theorizing using grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods*.;1(2):23-38.

Glaser, B. G. 2013. Introduction: Free Style Memoing. *The Grounded Theory Review* 12(2):3-14.

Glaser, B. G. 2013. Staying open: The use of theoretical codes in GT. *The Grounded Theory Review*. 12(1): 3-8

Glaser, B. G. y Holton, J. 2004. Remodeling grounded theory [80 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 5(2), Art. 4, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs040245>

Glaser, B, G. y Strauss, A.L. 1967. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.

Hernandez, C.A. 2009. Theoretical coding in grounded theory methodology. *The Grounded Theory Review*. 3(8):51-59.

Holton, J. A. 2008. Grounded theory as a general research methodology. *The Grounded Theory Review*. 7(2):21-36

Holton, J. A. 2010. The coding process and its challenges. *The Grounded Theory Review* 9(1):21-38.

Kelle, U. 2005. ¿Hacer "emerger" o "forzar" los datos empíricos? Un problema crucial de la teoría fundamentada reconsiderada. *Forum Qualitative*

Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 6(2), Art. 27. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502275>

Lúquez, P y Fernández, O. 2016. La teoría fundamentada: precisiones epistemológicas, teórico-conceptuales, metodológicas y aportes a las ciencias. CUMBRES. 2(1):101-114

Maxqda [en línea] [fecha de consulta: 14 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.maxqda.com>

Opencode [en línea] [fecha de consulta: 3 agosto 2016]. Disponible en: <http://opencode.software.informer.com/>

ORS International [en línea] [fecha de consulta: 8 noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.qsrinternational.com/>

Parada, C.J. 2004. Realismo crítico en investigación en ciencias sociales: una introducción. Investigación y desarrollo: revista del Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano. 12(2):396-429.

Ralph, L. G. 2005. Grounded theory methods and qualitative family research. Journal of Marriage and Family 67: 837-857.

Rodríguez, M y Medina, J. L. 2014. Entre la complejidad y el arte: el análisis de datos en cualitativa. Index Enfermería 23(3):157-161.

RQDA Project [en línea] [fecha de consulta: 3 Abril 2016]. Disponible en: <http://rqda.r-forge.r-project.org/>

Sociology Press The foremost publishers of classic grounded theory Methodology [consulta: 26 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.sociologypress.com/book.htm>

Strauss, A y Corbin J. 2012. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada. Colombia: Universidad de Antioquia.

Anexo 3. Invitación a participar de la investigación.



Desarrollo del concepto cuidado de la sexualidad humana en enfermería.

El propósito es entrevistar a los profesionales enfermería a cerca de la forma en la cual abordan la sexualidad en el proceso de atención de los seres humanos.

Quiénes podrán Participar?:

- Profesionales de enfermería de cualquier edad y sexo.
- Colombianos o extranjeros.
- Con mínimo tres años en su área de trabajo.
- Que realicen intervenciones de cuidado relacionadas con la sexualidad.
- Laborar en el área Metropolitana.

Qué beneficios tendrás?

Los participantes podrán acceder de forma gratuita a 5 talleres educativos en los cuales se trabajarán técnicas prácticas para el abordaje de la salud sexual a personas manteniendo la diversidad sexual.

Si deseas participar comunícate con la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia al teléfono 2196322- 2196355 .

Rosa Amelia Estrada Acuña CPhD
celular 3175012224
ara01978@gmail.com



Clara Victoria Giraldo PhD
celular 3117886969
clara2000gs@aol.com

Aprobada por el comité de ética Acta N° CEI-FE 2013-08U de A

Anexo 4. Copia de acta del comité de ética.



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE INVESTIGACION

Acta N° CEI-FE 2013-08

COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Constituido por Resolución de Consejo de Facultad No.644 de agosto 20 de 2004

Lugar y fecha: 16 de marzo de 2013

Nombre del proyecto: la sexualidad en el cuidado de enfermería: una aproximación conceptual.

Nombre del investigador principal: Rosa Amelia Estrada Acuña

Nombre de los asesores: Dra. Clara Giraldo, Dra Maria Angélica Arzuaga, Dra Marta Whetsell.

El Comité de Ética resuelve que el proyecto de investigación debe ajustarse a los requerimientos de las *Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud*, (Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia), *las normas internacionales que regulan la ética de la investigación* (Declaración de Helsinki, 2008; Pautas de la CIOMS, 2002) y *los requisitos éticos para la conducción responsable de la investigación clínica* (Ezequiel Jonathan Emanuel), en los siguientes aspectos:

- **Criterios para la conducción responsable de la investigación:**

- Alianza colaborativa:

- Definir la responsabilidad de la estudiante y las asesoras durante el desarrollo de la investigación y en la publicación de los resultados, de acuerdo a la normatividad existente en la Universidad.

- Validez científica:

- Es necesario determinar qué es lo que realmente quiere investigar. En la página 10 expresa: "se busca desarrollar elementos básicos de una teoría sustantiva... será la creación de un concepto de sexualidad para en el proceso de atención...", esto no corresponde con el objetivo general y los objetivos específicos propuestos en la investigación. Se requiere establecer una diferencia clara de los objetivos específicos uno y tres.

Anexo 5. Consentimiento informado.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

La disciplina de enfermería ha desarrollado sus conocimientos sustentada en prácticas de cuidado a los seres humanos. Partiendo de la premisa: los profesionales de enfermería logran una mayor autonomía si sus prácticas de cuidado se centran en la investigación y en las teorías propias de la disciplina; me interese por investigar sobre un concepto de la sexualidad humana propio para la disciplina de enfermería, ya que la sexualidad es un aspecto fundamental para los seres humanos y los desarrollos conceptuales en este tema, son limitados.

Mi nombre es Rosa Amelia Estrada identificada con cédula de ciudadanía 43150484, soy estudiante de doctorado en enfermería de la facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia de la ciudad de Medellín e investigadora principal del Proyecto **“Desarrollo del concepto de sexualidad humana en el cuidado de enfermería basado en la teoría fundamentada”**.

Este proyecto tiene como objetivo desarrollar el concepto de sexualidad humana para la disciplina de enfermería a partir del proceso de atención a los seres humanos. El concepto de sexualidad que se desarrolle en esta investigación podrá utilizarse para realizar una mejor práctica de cuidado. Para la elaboración de este proyecto se realizará una entrevista abierta a profesionales de enfermería de diferentes áreas del cuidado. Estos profesionales deberán ser los encargados de la atención directa de los pacientes; además pueden ser de sexo masculino o femenino, tener cualquier edad, siempre y cuando se encuentren en el ejercicio de su profesión, y tener o no estudios de postgrado. Los profesionales podrán ser de nacionalidad Colombiana o extranjera, siempre y cuando hablen español de forma comprensible, y tengan mínimo dos años de experiencia en el área donde laboran; estos dos años de experiencia deberán haberse realizado en la ciudad de Medellín o área metropolitana. No podrán participar de esta investigación los profesionales de enfermería que no aborden temas sobre sexualidad humana durante su proceso de atención. Tampoco podrán participar, los profesionales de enfermería que siendo de otra nacionalidad no hablen español de forma comprensible o lleven menos de dos años de experiencia trabajando en Medellín o área metropolitana.

A través de este consentimiento, solicitamos su participación libre y desinteresada en esta investigación, sin ningún tipo de retribución económica. Usted contribuirá con esta investigación hablando acerca de sus ideas y experiencias en asuntos relacionados con la sexualidad durante en la atención de los pacientes. Si acepta participar en esta investigación, usted podrá decidir si contesta a todas las preguntas o abstenerse de responder aquellas que atenten contra su intimidad o creencias, además, tiene la libertad de retirarse o no participar de la investigación en cualquier momento sin tener prejuicios personales, laborales o legales. La

entrevista durará 60 minutos aproximadamente. El lugar seleccionado para realizar la entrevista será un espacio privado y cómodo, de fácil encuentro. El día y la hora serán seleccionados de acuerdo con la disponibilidad de los participantes. El desarrollo de la entrevista será grabado en un dispositivo de sonido. Las grabaciones serán usadas como apoyo en el proceso de transcripción con fines investigativos y académicos. Estas grabaciones estarán a disposición de la investigadora principal y del Comité de Ética en la Facultad de Enfermería de la universidad de Antioquia. Cada participante, deberá elegir un seudónimo con el cual será identificada (o) en esta investigación, así que, la información personal de los participantes no será usada en ningún reporte, preservando el derecho a la confidencialidad y privacidad. Los audios y las transcripciones serán destruidas 5 años después de terminada la investigación. En esta investigación usted tiene el derecho a recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de cualquier duda acerca del estudio o los procedimientos derivados de éste. Además podrá participar de 5 talleres educativos sobre la salud sexual programados por la investigadora principal y sus asesoras, una vez terminada la investigación. Estos se llevarán a cabo a través del área de extensión en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

En el momento no identificamos riesgo para los profesionales de enfermería que participen de la entrevista, pero, algunos de ellos al responder algunas preguntas pueden experimentar ansiedad, en este caso se suspenderá la entrevista y la investigadora principal realizará la intervención de la crisis de ansiedad. Una vez superado el evento, se continuará con la entrevista si los entrevistados así lo prefieren, en caso contrario, esta entrevista será finalizadas en otro momento concertado con los participantes.

Luego de terminada la investigación mediante una conferencia en las instalaciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, serán presentados los resultados a los participantes y a la comunidad académica. Posteriormente los resultados se publicarán como artículo en revista indexada en las categorías A1, A2, B. así mismo el informe escrito de la investigación será entregada al archivo bibliotecario de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Esta investigación ha sido aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de La Universidad de Antioquia. En el acta N° CEI-FE 2013-08.

Si tiene cualquier pregunta sobre la investigación, pueden contactarse con Rosa Amelia Estrada al teléfono 2196320 en la facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, o celular 3175012224, con sus asesoras Clara Victoria Giraldo al teléfono 2196355 en la facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, o celular 3117886969, y María Angélica Arzuaga al teléfono 2196315 en la facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, o celular 3167408195.

Certifico que yo he revisado el contenido de este formato con la investigadora principal, y estoy de acuerdo con la explicación recibida y con lo descrito en este

formato.

Firma del Participante_____

Nombre en letra imprenta del participante_____

Yo he explicado todos los beneficios y riesgos conocidos del estudio.

Firma del Investigador Principal_____

Fecha_____

Anexo 6. Preguntas para la entrevista abierta.

PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA A PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

¿Cómo abor das la sexualidad de los seres humanos al momento del cuidado?.

Cuéntanos una experiencia que hayas tenido o una experiencia que te haya impactado como profesional de enfermería al cuidado de la sexualidad del ser humano.

¿Cómo definirías la sexualidad, después de haber vivido estas experiencias de cuidar este aspecto en los seres humanos?.

Cuando aborda la sexualidad de un ser humano, ¿cuáles crees que son los aspectos más importantes que deben tener los profesionales de enfermería, para abordar la sexualidad de los seres humanos?.

Anexo 7. Transcripción de una entrevista.

Participante número 5.

Cómo abor das la sexualidad de los seres humanos cuando estas en el momento del cuidado.

Bueno, la sexualidad es un tema muy complejo cierto, de todas formas hablar de sexualidad, lo voy hacer así porque uno al sentirse grabado, ya se siente extraño, bueno entonces en cuanto a la sexualidad cuando hablamos de ella en todo el término práctico, se aleja un poquito de los libros, porque tú en el diario te puedes ir encontrando con otro tipo, como con otro tipo de situaciones y de necesidades, lo hablábamos ahorita, tu puedes tener algo para dar en cuanto a la sexualidad o a tu formación, pero encuentras que el usuario tiene otra, tiene otra necesidad entonces, por ejemplo, como la abordaría, yo siempre el secreto ha sido yo creo que eso fue un éxito, cuando estuvimos en la atención al usuario y era que el éxito de esta atención era abordarlo **siempre como estar interesado en el otro**, en realidad esto de los enfoques siempre suena bonito en el papel, y uno ve la teoría la sexualidad debe ser abordada con un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, de un enfoque de perspectiva de género, un enfoque diferencial, pero, cuando tú le preguntas a una persona, ¿qué es enfoque diferencial?, ¿qué

es enfoque de derechos?, ¿qué es enfoque?, un persona filosóficamente te lo puede decir. pero a la hora de tu abordar un usuario, una niña, un chico, muchas veces, solamente lo que necesitan en cuanto a su sexualidad, es ser escuchados, entonces, ya de acuerdo a los que ellos te digan, ellos te van a dar como, **ellos mismo te van dando la línea a que uno le de las herramientas**, porque en realidad un usuario o una usuaria no quiere que tú les digas: vea que tal cosa y tal cosa, tal otra, sino, como una mano de herramientas donde ellos puedan utilizar las que realmente necesiten; como lo abordé siempre, yo siempre le decía a las usuarias de que aunque ellas fueran del sisben, del régimen subsidiado, yo las atendía como si fueran de prepagada, porque, porque ellas no tenía que pedir cita, ellas tenía mi celular, entonces, tu puedes tener el celular de un médico, nunca, entonces, yo tenía un celular sólo para ellas, y ellas siempre me llamaban cuando ellas querían, en la noche, a veces ya cuando me casé eso se complicó un poquito, pero ellas me llamaban a la hora que quisieran, hacían sus consultas, entonces abordarlo de esa forma, como te diría, sería como **una forma abierta con ellas y generando una empatía ese es el secreto clave**, entonces, siempre les dije eso y siempre los traté de esa forma, siempre traté de que mi servicio fuera así y yo creo que por eso fue un éxito, o sea, mi centro de salud modestia aparte, porque esto creo que no me gusta nunca hacer esos reconocimientos propios, pero sí, fue un éxito de que chicas incluso de otras zonas de Medellín, iban hasta mi centro de salud solamente porque ahí recibiera un tipo de atención de ese tipo. Todo el mundo habla de la atención holística, integral, y todo el rollo y cuando uno va a ver en un tipo de consulta, en realidad eso no se encuentra; y de pronto la confianza que se llegó a generar tanto con la usuaria, el usuario como con la institución, permitía que tú le pudieras dedicar un poquitico más de tiempo a esa paciente, a esa usuaria. Yo aprendí de pronto, en alguna reunión que ni me acuerdo cual, una clave que siempre me la aprendí y esa clave era trabajar toda la asesoría con las vocales, trabajarla con las vocales, y era, con la "A" agrada **y es que siempre para trabajar el tema de la sexualidad se genere una empatía con ese usuario**, entonces, siempre agrada ese usuario, en prepagada cuando tú vas, la persona se levanta, va y te saluda afuera y te entra al consultorio, y yo decía, porque en sisben no!, si esto se supone que esto sería, tendría que ser amigable, entonces, empezando por eso, solamente con tu habrle la puerta a un usuario, saludarlo, preguntarle su nombre, decirle tú cómo te llamas, porque está en ese lugar y que servicio le vas a prestar, solamente con eso, le está generando una empatía y le estas agradando, entonces, ese era uno de los secretos que utilizaba en la consulta, entonces, esa es la primera vocal. Con la letra "E" hablábamos de explorar, o sea, antes de nosotros ir a dar todo el portafolio que como profesionales a veces creemos que tenemos, **es escuchar primero**,

explorar que tiene ese usuario para, para contarnos, entonces, preguntarle que cual es su motivo, porque vino a buscarnos, que necesita, cuáles son sus necesidades o que dudas tiene, **entonces, ya con eso tú le das una puerta de entrada al usuario,** entonces con la "E", escuchábamos. Con la "I" informábamos, ya hay si de acuerdo con lo que ella o él realmente necesitaban o solicitaban, ya nosotros nos desplegábamos a contarle todo lo que teníamos o las opciones que le podíamos brindar. Con la "O", orientábamos, entonces ya era como, como una asesoría más específica en cuanto a lo puntual que nosotros identificáramos que le chico o la chica necesitaba, y en la "U" lo ubicábamos, eso quiere decir que ningún usuario o usuaria que entre en contacto contigo, **se puede ir con las manos vacías, quiere decir que así yo sienta que tú no tienes nada que necesites de mí, siempre vas a necesitar algo porque, en salud siempre hay una necesidad,** cualquier programa de promoción y prevención le puede llegar a servir a ese chico o a esa chica que así sea por una cosa mínima, se acercó a tu consultorio, entonces, yo creo que los secretos del abordaje han sido esos, más que todos los libros que citan, más que todo lo que tú puedas leer sobre sexualidad, los 5 tips, a mí me funcionaron perfectamente, siempre los utilicé, ya después encontré una más técnico que era la técnica, que era el "ACCEDA", de esa no me acuerdo mucho, que era lo mismo, era Atender, Comunicar, yo no sé qué, pero siempre me quedé con las de las vocales, entonces por ese lado un éxito.

Y cuando los aborda, pues, cuéntanos una experiencia de cómo vivías ese momento al abordar, una experiencia de ese momento.

Una experiencia puntual de pronto con una usuaria, no para mí, se convirtió, trabajar digamos en metrosalud, para mí se convirtió en un diario, o sea, en el diario que ojalá hubiera podido escribir algún día, porque estaba lleno sin fin de historias de chicas y chicos, en lo personal para mí ese abordaje que yo podía brindar a ellas **era como darles las herramientas que no iban a encontrar ellas con otras personas,** porque los adolescente siempre **tienen personas referentes,** y esas personas referentes muchas veces no son los referentes apropiados, son sus mismos amigos, amigas, entonces, si tu llegas a generar esa empatía con ellos, **pasa de que ellos ya te toman a ti y lo que tú le digas a ellos, puede llegar a ser utilizado en realidad,** a mí me pasaba algo muy teso, y era que muchas niñas llegaban, no es que yo quiero como usted es enfermera, yo también quiero ser enfermera, entonces, ya terminó eso en otra cosa, entonces, mira, llegó por una consulta de salud sexual y reproductiva, de cualquier tipo, de una infección, de cualquier cosa y podía terminar hablando siempre de un proyecto de vida. Entonces, tuve usuarias que incluso llegaron a estudiar, o sea,

que entraron a la universidad, había niñas que ya ese espacio se generó tan de confianza, que ya yo era la que las inscribía en el SENA, ahí entre todas las que nos hacíamos como todo el proceso de inscripción del SENA, empezaban a estudiar a hacer los exámenes en mi consultorio, o sea, ese es un espacio que si tu abres a la comunidad, **lastimosamente el sistema de salud no te permite hacer muchas cosas pero yo sí pienso que eso va depende de la persona que está de ese otro lado y que le quiera dar más a la comunidad.**

Cuéntanos una experiencia con la cual hayas abordado la comunidad, alguna de las tantas que hayas tenido.

Buenos sexualidad en ese momento no hablábamos tanto de sexualidad, se podía pasar a sexualidad, pero por ejemplo, haya en un principio cuando empezó todo el tema de sol y luna, se habló mucho de planificación familiar y de prevención de las infecciones de transmisión sexual, en ese momento, nosotros no, no abordábamos la sexualidad como toda esa dimensión de la que hoy se habla, en ese momento sexualidad para nosotros era, como nosotros como enfermera eran esas, entonces, **todo ha sido un crecimiento, en un inicio como te digo era métodos anticonceptivos, anticonceptivos, anticonceptivos, luego fuimos descubriendo de qué solamente no era hablar de anticoncepción sino que los mismo chicos y chicas te iban generando preguntas alrededor de otros temas,** yo tuve experiencias cómodas y experiencias incómodas, las experiencias cómodas como yo sentía que yo les estaba aportando a esa niña, y experiencias incómodas como una, no las incómodas no sé si te las cuento, pero una vez por ejemplo, llegue a un colegio y después de que hablé todo el taller, en ese día creo que hablamos de la teoría de los holones, la teoría de los holones y no sé qué, cuando yo termino el taller, yo me recuesto así al pie del escritorio y uno de los chicos que era pues, el niño era catalogado por los demás como gay pero, entonces, pues sí tenía, tenía aspectos hiperfeminizados y todo el rollo; el chico se me acercó y se me puso así y me dijo nurse, pero tú así como hablas de sexo, tienes que ser muy ardiente en la cama, me va a diciendo un adolescente, una de las situaciones coloradas para mí en esto fue eso y el chico cuando ya yo le digo que, que, pues, que, que, que las cosas no se manejan de esa forma, el chico me besa, o sea, un niño adolescente de un décimo grado, entonces se me lanza, que es gay supuestamente y me da un beso, en eso lo ve pasar un profesor y eso fue tremendo lío para él, entonces, situaciones que a mí nunca se me olvidan de, de haber abordado el tema con adolescentes es esa; situaciones tengo uuff tengo muchísimas, en otra, estaba en un taller de infecciones de transmisión sexual y un joven dijo que si la gonorrea era como lo que él tenía y se bajó los pantalones y me mostró delante de todo el grupo, ehh que más, no son muchas, son muchas,

en el consultorio por ejemplo, una vez tuve una usuaria que ella un día llegó allá a la consulta, utilizaba un método anticonceptivo me dijo participante número 5, este más, ya no me voy a seguir aplicando el método anticonceptivo, -y yo: ¿porque no lo vas a seguir utilizando? -No porque, resulta de que yo quiero tener un bebe, resulta que quiero que la persona con la que estoy, se case con conmigo, -y yo: y ¿tú por eso quieres tener un bebé?, -sí, yo quiero tener un hijo para que él se quede conmigo definitivamente, -y yo: bueno, hagamos una cosa, sentémonos a hablar; entonces, mira que la sexualidad ahora está todo, no solamente anticoncepción si no que detrás de eso había muchas otras cosas, la chica me decía, no, es que es un muchacho que le va súper bien mejor dicho, se gana el mínimo, podemos ser muy felices ta ta ta, -entonces yo: bueno, y qué pasa con él, ¿tú crees que tu embarazándote, él se va a quedar contigo?, me dijo sí, estoy completamente segura; entonces, detrás de todas esas preguntas que yo le iba haciendo, en últimas yo le decía: y ¿él tiene más hijos?, me dijo, si él tiene un hijo, y ¿está con la mama de ese hijo? y me dijo no, y yo le dije: a ti quien te garantiza de que esa persona se va quedar contigo, si tú le vas a tener un hijo, si no se quedó con la otras, y que -¡hay verdad!, entonces mira que son cosa que se van generando; entonces le decía: y ¿tú quieres seguir estudiando?, me decía: si claro, y ¿quien te va cuidar el bebé?, -no el bebe me lo va a cuidar mi mama, -y yo le dije: y ¿ya tu conversaste con tu mama sobre si ella quiere ejercer ese papel de abuela mientras tu estudias?, me dijo: no, yo no le he dicho, y yo le dije: pues si, si tu quieres tener ese bebé que te lo cuide tu mama, tu también tendrías que tener el consentimiento informado de tu mamá para tomar esa decisión porque la vas a involucrar. -Aahh pues sí, entonces dije: vamos a hacer una cosa, una de las opciones que tendrías es que en este momento tu sigas utilizando el método anticonceptivo, mientras conoces un poco más al chico, porque tenían como tres meses de novios, cuatro meses, entonces me dijo: ¡bueno, hágale!, vamos a seguir utilizándolo, si, tienes razón, entonces, la niña siguió utilizando; como a los tres meses llega un día llorando, llorando, llorando al consultorio diciéndome que no, que ya había terminado con el príncipe, con el príncipe azul que me había pintado en esa primera consulta, entonces, uno dice, **sí, o sea sexualidad es muchas otras cosas que la gente a veces no analiza y que se va muchos más allá que un método anticonceptivo**, ella decía, no es que yo con él la paso chévere y sexualmente me la llevo muy bien con él y todo, y resulta que eso reflejaba unos componente muchos más gigantes, entonces, esa fue una de las experiencias que, que también no se me olvida, ¿hay preguntas de más experiencias?, porque experiencias te puedo contar toda la tarde.

No, la idea es que me cuentes las que han sido más significativas en ese

proceso de cuidado, que tu digas, aquí yo puedo identificar mi proceso de cuidado en esta experiencia.

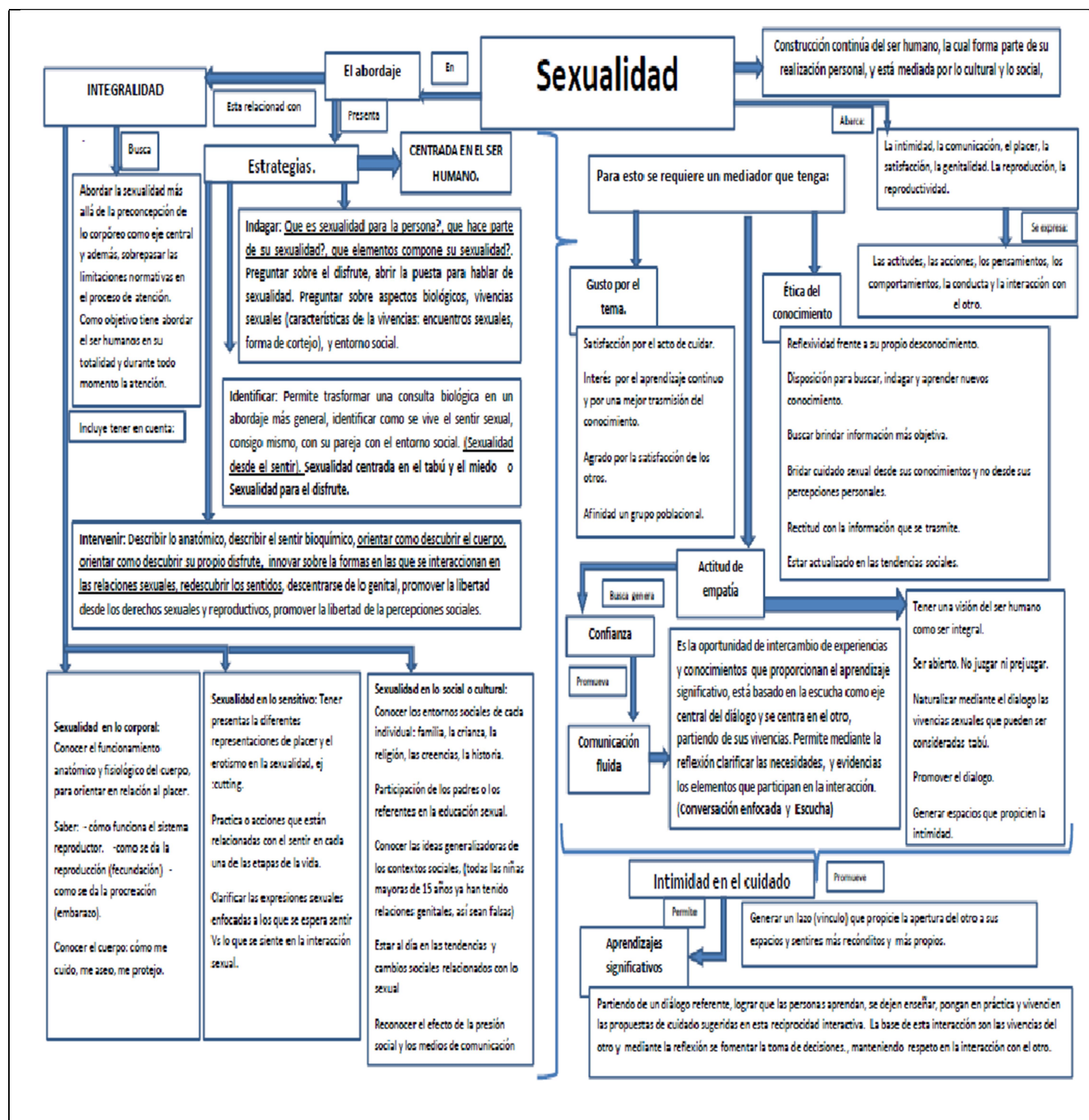
Dentro de las significativas que yo tuve, lo que te comenté ahorita, la discapacidad, las capacidades diferentes; y fue que una vez me invitaron a tener un taller a un colegio que se llama Francisco Luis Betancur, que le dicen ciegos y sordos, entonces, ese día que yo fui al colegio, pues ya uno piensa que uno maneja su tema y todo y yo llegué allá muy segura, ya a mí no me importaba hablarles a ellos en un taller ni nada por el estilo, pero, resulta de que yo llegue muy tranquila a mi taller y me tocó con un intérprete, cuando yo estoy en la actividad, los jóvenes y las chicas, no me miraban a mí sino que miraban al intérprete, eso fue un desastre, ese día yo me sentí como una cucaracha, esos chicos no me prestaron atención, yo hable como una loca y resultó de que yo dije no, entonces, eso se convirtió en un reto porque yo dije no, definitivamente que dolor tan grande, que yo haya ido y me di cuenta que esos jóvenes no tenían ni idea de nada relacionado con salud sexual y reproductiva, ¿qué hice?, me fui y hable con la coordinadora, la psicóloga, todo el rollo y programamos una serie de talleres y ya ahí me metí a clase de señas, entonces, yo dije no, yo tengo que empezar a superar ese tema, no, eso fue una bola, una bola de nieve porque resultó que esas niñas al ver que ya yo era la que iba al colegio, les daba la actividad, empezaron a ir a mi consulta, entonces, ya mi barrera era de comunicación, entonces, en ese momento empecé a estudiar todo lo del lenguaje de las señas, me metí al curso, con ellas misma fui aprendiendo un poquito, entonces, hubo otro día, ya dije: ¡no ya!, ya me va mejor, pues no para interpretar pero si ya más o menos les entiendo, entonces, otro día llegué al colegio y me llevé un juego, y yo vamos hacer un juego, que se llama grafisex, porque también es totalmente importante las metodologías, uno puede pensar que uno con una charla y una charla no es nada si no tiene metodologías lúdicas, porque un chico te escucha 15 minutos pero después no, entonces, eso también fue un secreto muy grande del trabajo que tuvimos, que fuimos descubriendo, porque en un principio no lo teníamos, entonces, llegue ese día yo con el grafisex, y el grafisex, es un juego donde solamente es con mímica, pero, es relacionado con la sexualidad, yo dije, vamos y trabajamos el grafisex, que como son sordos y hablan en señas esto va hacer perfecto, y llegue, el taller fue un éxito y les fue súper bien todo el rollo, pero, resulta que cuando se terminó el taller se divertieron muchos los muchachos y las muchachas todo, cuando termina se acerca un niño y me dice: profe, yo no pude participar, y yo le dije: ¿por qué?, me dijo: porque yo no puedo ver, entonces, lo que yo pensé que era buenos para unos, ya se me la embarró para los otros porque eran ciegos, tenía capacidad visual disminuida, entonces yo hay ya embalada, entonces, yo decía mira que uno tiene que ir dentro de todo

este trabajo, que uno piensa que era algo chiquitico, **tiene que ir como lo innova cada día**, entonces, qué pasó ese día, yo me sentí otra vez frustrada, no increíble que haya pasado eso donde yo ya iba contenta con mi trabajo, entonces, empecé, continúe yendo al colegio y me fui dando cuenta, es que las personas con capacidades diferentes, tiene un problema muy gigante y es que ellos y ellas nadie se les ha dedicado a enseñarles, a ellos solamente le enseñan todo lo de las clases básicas, pero, nunca nadie les habla de sexualidad, no sabían que es una citología, no sabían que era el autocuidado, nada, nada, nada, nada, nada, no sabían nada de erotismo, no sabían absolutamente nada sobre el tema, entonces, no para mí, yo duré como un año y medio yendo allá súper juiciosa, iba curso por curso, son un poquito inquietos, pero sí me tocó dedicármeles completamente, cuando ya me les dediqué, iban yendo al consultorio, iban yendo al consultorio y ya hay se generaban todo tipo de problemas, de que ya ellas empezaban a abrirse ya por ejemplo me contaban alguna no se que, que tengo una infección urinaria, que tengo el flujo, que tengo yo no se que, y ahí empezaba ya, me tocaba a mí ya de intérprete llevarla donde el médico, llevarla donde el odontólogo, llevarla donde la farmacia, y para mí era muy duro, porque yo me daba cuenta que las demás personas al no tener el lenguaje de ellos, los ignoraban, entonces para mí, eso era muy teso entonces, una de las experiencias más significativas que yo tuve en metrosalud, fue todo lo relacionado con la discapacidad. (Interrupción). Bueno entonces para mi esa fue una de las experiencias más duras y más significativas y lo que yo sentí que aporté, ellos, después fue muy duro para mí porque yo salí de metrosalud y como yo ya era la que los atendía, incluso las secretarias de allá decían, participante número 5, usted tiene muy mal acostumbrada la población, porque usted los está montando en una nube de la atención en salud, cuando usted no está, o no esté, ellos se van a encontrar con que el mundo de la salud no es así, y yo decía, no me importa, o sea, no me importa, porque antes ellos tiene que , ese es el derecho que todos tendríamos, o sea, es muy triste tener que decir que un programa tiene que llamarse servicio en salud amigables para adolescentes y jóvenes, para que tu consulta sea amigable, todas tus consultas deberían ser amigables, entonces, esa fue mi lucha siempre, fue mi lucha siempre, siempre, siempre, todo el tiempo en la empresa, entonces, ya cuando yo salí de allá ellos todavía tenían mi celular, y ellos tenían un programa que se llama el centro de relevos, que el centro de relevos es que ellos llaman, tiene cámara y allá hay una persona que interpreta y me habla por el celular y me dice todo lo que le está diciendo la persona, es un programa muy chévere, eso es nacional, es del nivel nacional, entonces, cuando me llamaban, no que tiene una persona del otro lado de la línea que te quiere preguntar tal cosa, entonces, yo decía, pues para mí era una felicidad muy grande, porque **yo sentía que estaba aportando** en ese

momento a, a, como a este mundo de la discapacidad, entonces, una pregunta muy grande siempre es ¿quién se le dedica y quién está especializado a trabajar con estas personas?, absolutamente nadie, nadie considera que una persona con movilidad reducida es una persona sexuada y que le puede dar herramientas de como tener relaciones sexuales, o una persona con una parálisis, o estás persona incluso con capacidades visuales o auditivas diferentes, entonces, ahí me metí bastante en el mundo de la discapacidad, llegamos un momento donde hicimos un grupo, llegamos un momento, un momento ya muy grande donde hicimos un grupo focal con estos chicos, pero, ya con los de capacidades visuales diferentes, y comenzamos a trabajar con estos chicos y fue muy chévere porque ellos ya al final ya cuando pasó todo eso, **ya yo los escuchaba hablando diferente, ya hablaba, ya podían hablar de sexualidad** yo les hablaba de todos los juegos, de todo este tema de género, **porque sexualidad sin hablar de género, tampoco pues, tampoco se puede hacer**, eso era algo que nosotros teníamos totalmente introyectado, hablábamos, no, de todo, cuando ya pasó el tiempo, eso fue una de las cosas que más me doy dolor, yo dije, no, cuando yo me vaya a mover del trabajo yo quisiera seguir con esos grupos, pero, eso es imposible, por ejemplo, cuando ya entré aquí, es imposible sacar una tarde, es imposible sacar un rato ya aquí estamos completamente absorbidos, entonces, esos fue uno de los dolores que me da no seguir como, como en la comunidad, esos centros de relevo se tuvo que acabar en un momento, porque ya me estaban llamando todo el día a toda hora, me estaban llamando ya las mismas chicas, me tocó cambiar el celular, yo tenía más o menos en ese momento 1500 niñas activas en el programa, entonces, eso se convirtió ya en un dolor de cabeza, entonces me tocó ponerles en el Facebook que les tenía, pues que ya me despedía de ellas, que las dejaba en mano de otra persona, y también, por respeto a la persona que llegaba, porque ellas seguían haciendo las comparaciones, iban, entonces ya el programa no les servía, entonces ya por respeto a la persona que llegó, ya me tuve que alejar, y también meterme aquí de cabeza.

Muchas gracias.

Anexo 8. Mapas conceptuales de 11 entrevistas.



Anexo 9. Modelo de codificación abierta.

Pregunta: ¿Cómo abordas la sexualidad de los pacientes durante el proceso del cuidado de enfermería?				
Entrevista	Nº	INCIDENTE	INDICADORES O CÓDIGO CONCEPTUALES ABIERTOS	MEMOS
Ehh el abordaje, yo pienso que lo inicio con, con la empatía que género inicialmente con las personas que atiendo, esa empatía es como la puerta de entrada a que la persona confíe y quiera espontáneamente hablar sobre su situación sexual, ehh sobre su alteración o sobre lo que quiera hablar con respeto pues a la sexualidad, si es, si la persona me manifiesta alguna alteración, que generalmente puede ser eso, juhh el abordaje lo inicio con la escucha, primero que todo, escucho las personas ehh indago acerca de soluciones que hayan podido tener en cuenta para el problema que estén manifestando y doy asesoría de acuerdo a lo que yo conozco frente a la sexualidad no solo desde lo físico sino también desde lo psicológico, y, y si me doy cuenta que es algo que requiere de, de una intervención o de una persona especialista, pues la direcciono hacia esa persona, pues, hacia ese otro profesional que abordaría con mayor propiedad el tema.	An4 (1)	Ehh el abordaje, yo pienso que <u>lo inicio con, con la empatía que género inicialmente con las personas que atiendo, esa empatía es como la puerta de entrada a que la persona confíe y quiera espontáneamente hablar sobre su situación sexual</u> , ehh sobre su alteración o sobre lo que quiera hablar con respeto pues a la sexualidad,	Empatía como génesis del vínculo. Declaraciones sexuales originadas en la empatía.	Inicio del abordaje con la empatía. Empatía generada con las personas que se atienden. Empatía como puerta de entrada para la confianza. Confianza para querer espontáneamente hablar sobre su situación sexual. Hablar sobre alteraciones o hablar sobre lo que desee hablar. Empatía y confianza que proporciona libertad para hablar de lo que desee.

	An4 (2)	si la persona <u>me manifiesta alguna alteración</u>, que generalmente puede ser eso, juhh <u>el abordaje lo inicio con la escucha</u>, <u>primero que todo, escucho las personas ehh indago acerca de soluciones que hayan podido tener en cuenta para el problema que están manifestando</u>	La escucha movilizada hacia las soluciones propias.	Manifestación de alteración en lo sexual. Hablar sobre alteración en la sexualidad como un tema frecuente. El abordaje se inicia: 1. con la escucha. (escuchar) 2. se continúa con la indagación de soluciones que han tenido en cuenta para solucionar los problemas que manifiestan. (indagar) 3. Invitar a la reflexión. (reflexionar) 4. Permitir que el otro encuentre su respuesta. (conocer soluciones autónomas) (Qué soluciones piensan que tiene ese problema, preguntar sobre la solución que ellos mismos dan). Recursos que usan en para el solución de problema. Nivel de solución revalorización ej la homosexualidad diferente. Indagar sobre los recursos que la persona ha movilizado y cuales otros cree que puede utilizar. Rango de las soluciones, algunas dependen de la personas, otras no, estas últimas dependen de otras personas (son externas).
	An4 (3)	y <u>doy asesoría de acuerdo a lo que yo conozco frente a la sexualidad no solo desde lo físico sino también desde lo psicológico</u>.	Abordaje del cuidado desde el propio conocimiento.	Asesoría centrada en el conocimiento de quien la brinda. Dar asesoría de acuerdo a lo que se conoce de la sexualidad en lo físico y en lo psicológico. Reconocimiento de sus propios conocimientos.

Anexo 10. Lista de categorías conceptuales.

TEMAS DE REDISTRIBUCIÓN	CÓDIGOS CONCEPTUALES ABIERTO FORMANDO CATEGORÍAS CONCEPTUALES.
Autorrealización	Edificación de lo Íntimo
Crearse, recrearse y concebirse	Construcción sexual recreada
Autorrealización	Autorrealización
Conocimiento de sí mismo, conocimiento sexual	Conocimiento de sí mismo, conocimiento sexual
Derecho al Placer	Concientización armónica del derecho al placer
Toma de decisiones- Autonomía (movilización de lo reflexivo)	Afirmar el auto-direccionamiento.
Reconocer manifestaciones sexuales	Reconocer manifestaciones eróticas-sexuales
Cambiar pensamientos	Transformar pensamientos
Romper esquemas familiares o sociales (cambiar pensamientos)	Transformación de dictámenes preestablecidos
Desarrollo de capacidades propias	Cuidado transformador
Educación sexual- Conocimiento sexual (reescribir la educación sexual)	Guía transfigurativa de la vivencia sexual
Cuidado a la medida del individuo	Cuidado a la medida del ser humano
Cuidado a la medida de las necesidades	Cuidado a la medida del individuo
Diversidad en el cuidado (atención sexual particularizada)	Diversidad en el cuidado sexual
Abordajes- Estrategias (Expresiones artísticas dirigidas al cuidado)	Expresiones artísticas dirigidas al cuidado
Cuidado centrado en el ser humano	Cuidado centrado en el ser humano
Experticia	Conjunción de la experiencia y el conocimiento
Experticia (conjunción de la experiencia y el conocimiento)	Convergencia de saberes aplicados
Enfermero como referente	Enfermero como referente
Afinidad frente al cuidado (Satisfacción por el cuidado, Afinidad transformativa)	Afinidad por el cuidado sexual
Conocimiento de la sexualidad por enfermería	Construcción del conocimiento sexual
El ser enfermero (vocación profesional)	Vocación para el cuidado sexual
Ética del conocimiento	Ética del conocimiento
Gestión del cuidado	Gestionar el cuidado sexual

Sexualidad vivida o vivenciada	Sexualidad como cosmología
Sexualidad saludable (sexualidad como conjunción)	Conjunción sexual armónica
(sexualidad más allá) La sexualidad como alternativa vivencial	Magnitud sexual modelada
Sexualidad más allá de lo corpóreo	Sexualidad con trascendencia
La sexualidad vinculada al respeto	Sexualidad vinculada al respeto
Sexualidad vinculada al amor	Vínculos sexuales amorosos
Sexualidad desvinculada del amor.	Sexualidad al margen de lo amoroso
Reflexión de sí como práctica de cuidado	Reflexividad del influjo sexual consciente.
Reflexión sobre el comportamiento erótico	Reflexión sobre el comportamiento erótico
Reflexividad frente a lo sexual	Reintegración sexual reflexiva
Reflexión de sí como práctica de cuidado	Reflexión como práctica de cuidado
Enfermedad como alternativa vivencial-sexual	Enfermedad en la vivencia sexual
Afección corporal (enfermedad) y lo sexual	Transformaciones sexuales en la enfermedad
Corporalidad Marcada	Corporalidad Marcada
La enfermedad como limitante de lo sexual	Resonancia sexual de la enfermedad
Enfermedad como alternativa vivencial	Sexualidad Impregnada por la enfermedad
Enfermedad como limitante concientivo	Cuidado ambivalente en la limitación concientiva
Comunicabilidad Abierta	Comunicabilidad trascendente
Elementos de la Comunicación (Comunicación Abierta)	Diálogo trascendente
Indagación sobre necesidades o situaciones	Indagar lo Íntimo
Sexualidad como lenguaje	Sexualidad como lenguaje
Interacciones vinculantes	Interacciones vinculantes
Empatía y confianza	Interacciones vinculantes
Interaccionismo en lo sexual	Interaccionismo sexual
Disonancias del cuidado sexual	Disonancias del cuidado sexual
Protocolización del cuidado (Normalización del	Normatizar el cuidado

cuidado)	
Miedo, mito, tabú, falsas creencias	Confinamiento de la naturalidad sexual
Preconceptos o sesgos en la atención Pacientes y enfermeros)	Eclipses en la vivencia sexual- Eclipses en el cuidado sexual
Limitación de los abordajes	Inarmonía en las expresiones de cuidado
Contraste Institucional en el abordaje sexual por género (Tiene que ver con limitaciones en el abordaje)	Institucionalidad en el cuidado sexual
Interacciones de la cultural en la vivencia sexual	Naturaleza cultural-sexual
Dificultades con las vivencias sexuales de otros	Conflicto frente a la sexualidad del otro
Cultura en el cuidado sexual (influjo cultural en la vivencia sexual)	Diversidad cultural en el cuidado sexual
(presión social) Interacciones limitantes de la expresión sexual	Presión del entorno en la autonomía sexual
Prejuicio social frente a la enfermedad (estigmatización, marginación)	Aprensión social en la enfermedad sexual (o) Enfermedad como una barrera invisible
Intimidad: divergencia entre lo privado y lo público. OJO buscar en otros incidentes esto de íntimo como un asunto importante.	Expresión sexual divergente en lo público y lo íntimo
Cuidado Revivificante	Cuidado Edificante
Desprotocolización del cuidado- (ir más allá) (proyectar la atención hacia el sentir)	Cuidado trascendente
Búsqueda de la ratificación sexual y de sí mismo	Ratificación de la expresión sexual auténtica
Continuidad del cuidado (estar allí, Acompañamiento)	Continuidad del cuidado
La espiritualidad	Sexualidad tocada por la espiritualidad
(Cuidado Revivificante) Rectificación de la condición humana con el cuidado	Cuidado Revivificante
El afecto como restaurador de la armonía íntima.	Armonía íntima mediada por el afecto
Integralidad en el cuidado	Integralidad en el cuidado
Integralidad en el cuidado	Integración unificadora del ser
Atención privilegiada	Atención privilegiada
Atención especializada	Cuidado Especializado
Uso o adaptación de otras disciplina al cuidado de la sexualidad	Conexiones diver-disciplinares en lo sexual
Aprendizajes sexuales experimentales	Aprendizajes sexuales experimentales

Relación de pareja	Interacciones relacionales en la pareja
Experiencia sexual vivida	Tránsito por las experiencias sexuales
Diferencia de género en las interacciones sexuales	Exteriorización de las vivencias femeninas y masculinas
Sexualidad en distintas etapas de ciclo vital	Cromatografía de la atemporalidad sexual
Intercambio disciplinar en experiencias de cuidado	
Divulgación de las experiencias de cuidado	Divulgación de experiencias de cuidado.
Alcances esperados en esta investigación	Alcances esperados de investigación en sexualidad
Intercambio de acervo teórico con la investigadora	Apoyo al desarrollo disciplinar
Fortalecer el gremio, colegaje	Fortalecer el gremio
Contraste entre los roles profesionales (Ojo mirar en otros incidentes ojo meter acá lo de, no saber que investigar, de la participante N°5)	Conjunción de roles en el cuidado sexual

Anexo 11. Modelo de memorando.

An4 (35) - An4 (37) - An4 (39) -An4 (47) -An4 (48) - An3 (34) - An5 (29) -An9 (20) - An9 (34)

En el código conceptual abierto Afirmar el auto-direccionamiento, encontramos una propiedad que hemos llamado **movilización de lo reflexivo**. Esta propiedad se presenta como una estrategia ya que el carácter móvil de esta, es decir, la reflexión permite transitar de una vivencia a otra, y afianza el proceso de auto-direccionamiento, de poder elegir, de tomar una decisión.

Esta propiedad nos evoca dos tipos de acción, una proviene del término movilización y la otra del término reflexivo.

Con relación a la movilización encontramos que esta es una acción en dos sentidos, uno, es que los profesionales de enfermería intentan durante la interacción con los seres humanos que cuidan, que estos se desplacen (movilicen) hacia un encuentro consigo mismo, ya sea por medio de la indagación, brindando alternativas o resaltando los puntos relevantes cuando los seres humanos expresan libremente sus vivencias.

El otro, es cuando los seres humanos cuidados hacen uso de su auto-direccionamiento y movilizan sus acciones, vivencias o futuras experiencias hacia sí mismos y lo que desean proyectar en su entorno, esto es lo que podríamos

llamar “tomar una decisión”.

En este asunto de auto-dirigirse y “tomar una decisión” interviene de forma trascendental el proceso de reflexión. Esta reflexión que también es una acción. Tal como habíamos comentado en otra propiedad, la reflexión es una acción inmaterial y etérica que proviene de la esfera mental, pero que al sustancializarse se proyecta en un evento o vivencia material, potencializando la posibilidad de decidir de una forma más clara y consciente.

Así mismo, la reflexión puede ser tomada en dos sentidos, como el acto de pensar nuevamente algo, de forma detallada y considerarlo con atención, o como proyección, o sea, reflexión en cuanto a reflejar; por tanto, la reflexión tiene una connotación de acción como pensamiento detallado sobre un asunto, que luego de pensado se puede proyectar.

En este código conceptual, los profesionales de enfermería usan la reflexión como una estrategia mediante la cual los seres humanos que cuidan, dan sentido a lo que quieren para sí mismos, al reconocer de sus propios deseos.

El proceso de reflexión es entonces un paso intermedio entre los deseos profundos de los seres humanos y la proyección de estos a través de los actos. La reflexión que se caracteriza por la capacidad de discernir un evento o vivencia para ser analizada a través del entendimiento; permite a los seres humanos reconocer sus particularidades y las modificaciones que en sí mismo experimentan (rae).

El profesional de enfermería aporta a ese reconocimiento profundo de sí mismo, al invitar a quienes cuida a la auto-reflexión, esto implica que los seres humanos frente a una situación deberán responderse a sí mismos “¿qué quiere, qué piensa, qué va a decidir frente a esa situación y hasta donde van a llegar?”. An4 (47)

Responder a estos asuntos les permitirá no sólo acceder a un conocimiento reflexivo de las cosas, sino precisamente tener la información necesaria para dar una dirección, un sentido a la decisión que tomen. Estas decisiones con sentido no son más que: estar de acuerdo uno mismo con lo que se decide.

Propiciar que los seres humanos realicen por sí mismo la elección de la forma en la cual vivenciar su sexualidad, ya no por designios de la suerte, sino por decisiones conscientes a través de un proceso reflexivo, se constituye en la piedra angular para hablar de cuidado. (ojo este concepto de cuidado se trabajará más adelante en la propiedad toma de decisiones).

Los profesionales de enfermería desarrollan formas de propiciar la movilización

reflexiva. Una de ellas es advertir sobre los riesgos y/o beneficios en el uso de medicamentos (dejar el medicamento como riesgo para presentar un infarto). Otra es la ley de opuestos, la cual consiste en exponer el posible advenimiento del dolor, sufrimiento o enfermedad si se tiene o continúa con determinado comportamiento. Esta ley de opuestos, pretende invitar tanto a la retrospección como a la introspección, de manera que, el ser humano pueda decidir suscitado por la reflexión si continúa o no con determinado comportamiento.

Otra forma es brindar un abanico de proposiciones, permitiendo que los seres humanos decidan reflexivamente cuál sería una posibilidad más afín a su proyecto de vida.

Con la movilización reflexiva los profesionales de enfermería esperan que los seres humanos a su cuidado, decidan ya sea en presencia o ausencia de una enfermedad o experiencias inarmónicas, la forma más acorde para proyectar su existencia. En este caso los profesionales de enfermería parten de que los seres humanos tienen la capacidad (mentalmente sanos An4 (37)) de tomar decisiones las cuales sean acorde con su proyecto de vida. (**ojo eso** de mentalidad sana relacionarlo con el código de capacidad concientiva)

En la movilización reflexiva, este asunto de pensar en las decisiones y no dejarlas a la suerte, está relacionado con que los profesionales de enfermería hacen una invitación a los seres humanos para que estos empleen su autonomía, de manera que, sus decisiones tengan una amplitud reflexivas tal, que les permita vivir la sexualidad de una forma trascendente, en la cual el acompañamiento, el compartir y la proximidad amorosa con el otro sea parte del ingenio creativo en una vivencia sexual acorde a sí mismo y a su proyecto de vida.

“Estar mentalmente sano: capacidad de tomar decisiones que sean acorde con su proyecto de vida. Salud mental: pensarse el proyecto de vida, decidir sobre este. Pensar en “la salud mental como una posibilidad de tomar decisiones acordes con su proyecto de vida”. An4 (37)

Toma de decisiones con sentido (de sentir, de orientación). Ojo: ampliar más este término: Consciente, conciencia. Propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta. Conocimiento reflexivo de las cosas. <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=xIEE6wAAIDXX2oPtkC9b>

Anexo 12. Ficha de información asociada a la categoría central integrada a los memorandos.

FICHA DE LECTURA	
Libro: El banquete Tema: Eros en la Filosofía. Autor: Platón Estudiante: Rosa Amelia Estrada Acuña	Palabras claves: Eros, amor, armonía, florecencia y belleza.
Platón: Filósofo griego seguidor de Sócrates. En 387 fundó la Academia, institución que continuaría su marcha a lo largo de más de novecientos años. Platón participó activamente en la enseñanza de la Academia y escribió siempre en forma de diálogo, sobre los más diversos temas, tales como, filosofía, política, ética, antropología, epistemología, cosmogonía, cosmología y teoría política entre otros.	
FICHA DEL TEXTO EL BANQUETE Discurso de Fredo: Pag 72. Lo que en defecto, debe guiar durante toda su vida a los hombres que tengan la intención de vivir noblemente, esto, ni el parentesco, ni lo honores, ni la riqueza ni ninguna otra cosa son capaces de infundir tan bien, como el amor. Pag 71 La vergüenza ante las feas acciones, y el deseo de honor por lo que es noble, pues sin estas cualidades, ni una ciudad ni una persona en particular pueden llevar a cabo grande y hermosas realizaciones. Es más, afirmo que un hombre que está enamorado, si fuera descubierto haciendo algo feo o soportándolo de otro sin defenderse por cobardía, visto por su padre, por sus compañeros o por cualquiera otro, no se dolería tanto como si fuera visto por su amado. Un ejército de amantes ... Y dejar atrás al amado o no ayudarlo cuando esté en peligro... ninguno hay tan cobarde a quien el propio Eros no le inspire para el valor, de modo que sea igual al más valiente por naturaleza. Discurso de Pausanias Eros de Afrodita que proveniente de Urania (vieja) y Eros de Afrodita que proveniente de Zeus y Dione (joven). Pag 78 Ninguna de estas cosas en sí misma es hermosa, sino que únicamente en la acción, según como se haga, resulta una cosa u otra: si se hace bien y rectamente resulta hermosa, pero no se hace rectamente, fea. Del mismo modo, pues, no todo amor ni todo Eros es hermoso ni digno de ser alabado sino el que nos induce a amar bellamente. Pag 79 Tales personas aman, en primer lugar, no menos a las mujeres que a los mancebos, en segundo lugar, ama en ellos más sus cuerpos que sus almas y, finalmente, aman los menos inteligentes posibles, con vistas sólo a conseguir su propósito, despreocupándose de si la manera de hacerlo es bello o no. De donde se les acontecen que realizan lo que se les presenta	

al azar, tanto si es bueno, como si es lo contrario, pues tal amor proviene de la diosa que es mucho más joven que la otra y que participa en su nacimiento de hembra y varón.

Pag 84 Más la situación es, creo yo, no es cosa simple, como se dijo al principio, y de por si no es ni hermosa ni fea, sino hermosa si se hace con belleza y fea si se hace feamente. Por consiguiente, es obra feamente el conceder favores a un hombre pérfidamente, mientras que es obrar bellamente en concederlos a un hombre bueno y de buena manera. Y es pérfido aquel amante vulgar que se enamora más del cuerpo que del alma, pues ni siquiera estable, al no estar enamorado tampoco de una cosa estable, ya que tan pronto se marchita la flor del cuerpo del que estaba enamorado “desaparece volando”.

Pag 85 Queda, pues, una sola vía, según nuestra costumbre, si el amado tiene la intención de complacer bellamente al amante. Nuestra norma es, efectivamente, que de la misma manera, es el caso de los amantes, era posible ser esclavo del amado voluntariamente en cualquier clase de esclavitud, sin que construyera adulación ni cosa criticable, así también, queda otra única esclavitud voluntaria, no vituperable: la que se refiere a la virtud. Pues está establecido, ciertamente, entre nosotros que si alguno quiere servir a alguien, pensando que por medio de el va a ser mejor en algún saber o en cualquier otro aspecto de la virtud, está, su voluntaria esclavitud no se considere, a su vez, vergonzosa ni adulación.

Pag 86 Pues si uno, tras haber complacido a un amante por dinero en la idea de que era rico, fuera engañado y no lo recibiera, al descubrirse que el amante era pobre, la acción no será menos vergonzosa, puesto que el que se comporta así parece poner de manifiesto su propia naturaleza, o sea que, por dinero haría cualquier servicio a cualquier y esto no es hermoso. Y por la misma razón, si alguien pensado que ha hecho un favor a un hombre bueno y que el mismo iba a ser mejor por la amistad de su amante, fuera engañado, al ponerse de manifiesto que aquel era malo y no tenía virtud, tal engaño, sin embargo, es hermoso, pues también este parece haber mostrado por su parte que estaría dispuesto a todo con cualquiera por la virtud y por llegar a ser mejor, y esto, a su vez, es lo más hermoso de todo. Así, complacer en todo por obtener la virtud es en efecto, absolutamente hermoso. Este es el amor de la Diosa celeste, celeste también él y de mucho valor para la ciudad y para los individuos, porque obliga al amante y al amado, igualmente, a dedicar mucha atención así mismo con respecto a la virtud. Todos los demás amores son de otra Diosa, de la vulgar.

Discurso de Eriximaco.

Pag 90-91 Ahora bien, a igual que hace poco decía Pausanias que era hermoso complacer a los hombres buenos, y vergonzoso a los inmorales, así también, es hermoso y necesario favorecer en los cuerpos mismo a los elementos buenos y sanos de casa cuerpo, y este es el objeto de los llamados medicina, mientras que, por el contrario, es vergonzoso secundar los elementos malos y enfermos, y no hay que ser indulgente en esto, si se pretende ser un verdadero profesional. Pues la medicina, para decirlo en una palabra, el conocimiento de las operaciones amorosas que hay en el cuerpo en cuanto a repleción y vacuidad y que distinga en ellas el amor bello y vergonzoso será el médico más experto. Y el que logre que se opere un cambio, de suerte que el paciente adquiera en lugar de un amor el otro y, e aquellos en los que no hay

amor pero es preciso que lo haya, sepa infundirlo y eliminar el otro cuando está adentro, será también un buen profesional. Debe pues, ser capaz de hacer amigos entre sí a los elementos más enemigos existentes en el cuerpo y de que se amen unos a otros. Y son los elementos más enemigos los más contrarios: lo frío de lo caliente, lo amargo de lo dulce, lo seco de lo húmedo y todas las cosas análogas para empezar. Sabiendo infundir amor y concordia en ellas.

Pag 93 La armonía, ciertamente, es una consonancia, y la consonancia es un acuerdo; pero un acuerdo a partir de cosas discordantes es imposible que exista mientras sean discordantes y, a su vez, lo que es discordante y no concuerda es imposible que armonice. Justamente como resulta también el ritmo de lo rápido y de lo lento, de cosas que en un principio han sido discordantes y después han concordado. Y el acuerdo en todos estos elementos lo pone aquí la música, de la misma manera que antes lo ponía la medicina. Y la música es, a su vez, un conocimiento de las operaciones amorosas en relación con la armonía y el ritmo. Y si bien es cierto que en la constitución misma de la armonía y el ritmo no es nada fácil distinguir estas operaciones amorosas, ni el doble amor existe aquí por ninguna parte, sin embargo, cuando sea preciso en relación con los hombres, usar el ritmo y la armonía, ya sea componiéndolos, lo que se llaman precisamente posición melódica ya sea utilizando correctamente melodías y metros ya compuestos lo que se llama justamente educación, entonces sí que es difícil y se precisa de un buen profesional. Una vez más, aparece, pues la misma argumentación: que a los hombres ordenados y a los que aún no lo son para que lleguen a serlo, hay que complacerlos y preservar su amor.

Pag 95 Tan múltiple y grande es la fuerza, o mejor dicho, la omnipotencia que tiene todo eros en general! Más aquel que se realiza en el bien con moderación y justicia, tanto en nosotros como en los dioses, ese es el que posee el mayor poder y el que nos proporciona toda felicidad, de modo que podamos estar en contacto y ser amigos unos con otros como los dioses, que son superiores a nosotros.

Discurso de Agarón

Pag 108 y 109 En primer lugar, Fedro, es el más joven de los Dioses. Una gran prueba a favor de los que digo nos la ofrece el mismo cuando huye apresuradamente de la vejez, que obviamente es rápida, al menos, avanza sobre nosotros más rápidamente de los que debiera. A esta, en efecto, Eros la odia por naturaleza y no se le aproxima ni de lejos. Antes bien, siempre está en compañía de los jóvenes y es joven, pues mucha razón tiene aquel antiguo dicho de que lo semejante se acerca siempre a lo semejante.

Pag 110 y 111 Eros es delicado, pues no anda sobre la tierra ni sobre cráneos, cosas que no son precisamente muy blandas, si no que anda y habita entre las cosas más blandas que existen, ya que ha establecido su morada en los caracteres y alma de los dioses y de los hombres. Y, por otra parte, no lo hace en todas las almas indiscriminadamente, sino, que si se tropieza con una que tiene un temperamento duro, se marcha, mientras que si lo tiene suave, se queda. En consecuencia, al estar continuamente en contacto, no solo con sus pies, si no con todo su ser, con las más blandas de entre las cosas más blandas, ha de ser necesariamente el más delicado. Por tanto, es el más joven y el más delicado pero además, es flexible de forma ya que, si fuera

rígido, no sería capaz de envolver todos los lados ni de pasar inadvertidos de su primera entrada y salida de cada alma. Una gran prueba de sus figuras bien proporcionadas y flexibles es elegancia, cualidad que precisamente, según el testimonio de todos posee Eros en grado sumo, pues entre la deformidad y Eros hay siempre mutuo antagonismo.

Pag 111 Pues ni padece de violencia, si padece de algo, ya que la violencia no toca a Eros, ni cuando hace algo, lo hace con violencia, puesto que todo el mundo sirve de buena gana a Eros en todo, y lo que uno acuerda con otro de buen grado... que es justo. Pero además de la justicia, participa también de la mayor templanza. Se reconoce, en efecto, que la templanza es el dominio de los placeres y deseos, y que ningún placer es superior a Eros. Y si son inferiores serán vencidos por Eros y los dominará, de suerte que Eros, al dominar los placeres y deseos será extraordinariamente templado y en que se refiere a valentía, a Eros “ni siquiera Ares puede resistir”, pues no es Ares quien domina a Eros, sino Eros a Ares.... Así, pues, se ha hablado sobre la justicia, la templanza y la valentía del Dios; falta hablar sobre su sabiduría,

Pag 112. “Pues, en la medida de lo posible, se ha de intentar no omitir nada”.

Pag 113. Pues lo que no tiene o no conoce, ni puede dárselo ni enseñárselo a otro.

Pag 115. Él es quien no vacía de extrañamiento y no llena de intimidad, el que hace que se celebren en mutua compañía todas las reuniones como la presente, y en las fiestas, en los coros y en los sacrificios resulta nuestro guía; nos otorga mansedumbre y nos quita esperanza; dispuesto a dar cordialidad, nunca a dar hostilidad; es propicio y amable; contemplado por los sabios; admirado por los Dioses; codiciados por los que no lo poseen, digna adquisición de los que lo poseen mucho; padre de la delicadeza, de la voluptuosidad, de las gracias, del deseo y de la nostalgia; cuidadoso de los buenos, despreocupado de los malos; en la fatiga, en el miedo, en la nostalgia, en la palabra es el mejor piloto, defensor, camarada y salvador; gloria de todos, Dioses y hombre; el más hermoso y mejor guía, al que debe seguir en su cortejo todo hombre, cantando bellamente en su honor y participando en la onda que Eros entona y con la encanta, la mente de todos los Dioses y de todos los hombre.

Discurso de Sócrates

Pag 129. “La divinidad no tiene contacto con el hombre, sino a través de este demon como se produce todo contacto y diálogo entre dioses y hombres, tanto si están despiertos como si están durmiendo. Y así es que es sabio en tales materias, es un hombre demoníaco, mientras que el que lo es en cualquier otra cosa, ya sea en arte o trabajos manuales, es un simple artesano. Estos démones, en efecto, son numerosos y de todas clases, y una de ellos es también Eros”.

Pag 129. Siendo hijo, pues, de Poros y Penia, Eros se ha quedado con las siguientes características. En primer lugar, es siempre pobre y lejos de ser delicado y bello, como cree la mayoría, es, más bien, duro y seco, descalzo y sin casa, duerme siempre en el suelo y descubierto, se acuesta a la intemperie en las puestas y al borde de los caminos, compañero siempre inseparable de la indigencia por tener la naturaleza de su madre. Pero, por otra parte,

de acuerdo con la naturaleza de su padre, está al acecho de lo bello y de lo bueno; valiente, audaz y activo, hábil cazador, siempre urdiendo alguna trama, ávido de sabiduría y rico en recursos, un amante del conocimiento a lo largo de toda su vida, un formidable mago, hechicero y sofista. No es por naturaleza no mortal ni inmortal, sino que en el mismo día unas veces florece y vive, cuando está en la abundancia, y otras muere, pero recobra la vida de nuevo gracias a la naturaleza de su padre. Más lo que consigue siempre se le escapa, de suerte que Eros nunca ni está falto de recursos ni es rico, y está, además, en el medio de la sabiduría y la ignorancia. Pues la cosa es como sigue: ninguno de los dioses ama la sabiduría ni desea ser sabio, porque ya lo es, como tampoco ama la sabiduría cualquier otro que sea sabio. Por otro lado, los ignorantes ni aman la sabiduría ni desean hacerse sabios, pues en esto precisamente es la ignorancia una cosa molesta: en que quien no es ni bello, ni bueno, ni inteligente se crea así mismo que lo es suficientemente. Así, pues, el que no cree estar necesitado no desea tampoco lo que no desea necesitar.

Pag 133. “El amor, es en resumen, el deseo de poseer siempre el bien”.

Pag 135. “Amor de la generación y procreación en lo bello”.

Pag 137. Se dice que el hombre es el mismo desde su niñez hasta que se hace viejo. Sin embargo, ese individuo nunca mantiene la misma cosa, sino que continuamente se renueva y pierde otros elementos, en su pelo, en su carne, en sus huesos, en su sangre y en todo su cuerpo. Y no solo en el cuerpo, sino también en el alma: los hábitos, caracteres, opiniones, deseos, placeres, tristezas, temores, ninguna de estas cosas jamás permanece la misma en cada individuo, sino que unas nacen y otras mueren. ... De modo que nunca somos los mismos ni siquiera en relación con los conocimientos... Pues lo que se llama practicar existe porque el conocimiento sale de nosotros, ya que el olvido en la salida de un conocimiento, mientras que la práctica, por el contrario, al implantar un nuevo recuerdo en el lugar del que se marcha mantiene el conocimiento, hasta el punto de querer parecerse que es el mismo.

Pag 143. A continuación debe considerar más valiosa la bellezas de las almas que las del cuerpo, de suerte que si alguien es virtuoso de alma, aunque tenga un escaso esplendor, sea de suficiente para amarle, cuidarle, engendrar y buscar razonamientos tales que hagan mejorar a los jóvenes, para que sea obligado una vez más, a contemplar la belleza que reside en la normas de conducta y en las leyes y a reconocer que todo lo bello está emparentado consigo mismo, y considere de esta forma la belleza del cuerpo como algo insignificante. Después de las normas de conducta debe conducirlo a la ciencia, para que vea también las bellezas de estas y, fijando ya su mirada en esta inmensa belleza no sea, por servil dependencia, mediocre y corte de espíritu, apegándose, como un esclavo, a la belleza de un solo ser, cual la de un muchacho, de un hombre o de una norma de conducta, sino que, vuelto hacia ese mar de lo bello y contemplándole, engendre muchos bellos y magníficos discursos y pensamientos en ilimitado amor por la sabiduría, hasta que fortalecido entonces y crecido descubra única ciencia.

Pag 145. Por consiguiente, cuando alguien asciende a partir de las cosas de este mundo mediante el recto amor de los jóvenes y empieza a divisar aquella belleza, puede decirse que toca casi el fin. Pues esta es justamente la manera correcta de acercarse a la forma del amor o

de ser conducido por otros: empezando por las cosas bellas de aquí y sirviéndose de ellas como de peldaños, ir ascendiendo continuamente en base a aquella belleza, de uno sólo, a dos y de dos a todos los cuerpos bellos y de los cuerpos bellos a las bellas normas de conductas, a los bellos conocimientos y partiendo de estos terminar en aquel conocimiento que es conocimiento no de otra cosa sino de aquella belleza absoluta, para que conozca al fin lo que es la belleza en sí.	
Opinión personal sobre la lectura El amor se comporta como una fuerza que unifica el ser, está vinculado a la armonía, la belleza, la florecencia, lo erótico y lo divino. Su naturaleza es dual, como su creación, al nacer de un dios y de una mendiga (Poros y Penia). Esto se relaciona con la naturaleza dual de los seres humanos, en especial cuando existe una relación donde interviene lo afectivo.	Conclusiones. Conocimiento se relaciona con la belleza en sí y a la vez con el amor. Así mismo, este se relaciona con la sabiduría y el descubrimiento de la ciencia única. “Amor de la generación y procreación en lo bello”. El amor se reconoce con el efecto que surge con la presencia de la templanza, la cual es el dominio de los placeres y deseos, pues ningún placer es superior a Eros, y si son inferiores serán vencidos por eros y los dominará, de suerte que Eros, al dominar los placeres y deseos será extraordinariamente templado. El amor, es en resumen, el deseo de poseer siempre el bien”.

Anexo 13. Modelo de notas en la integración de categorías.

NOTA PARA LA INTEGRACIÓN DE CATEGORÍAS

Nota: relación entre el proceso de transcripción, el proceso educativo y el desarrollo de la experticia, relacionarlo con: reescribir la educación y transformar pensamientos.

NOTA de integración de códigos y categorías: Ojo a tener en cuenta, el proceso de transcripción del cuidado es un asunto que se entrelaza otros códigos como es el diálogo trascendente, el cual se torna el eje fundamental para que la transcripción sea posible. La posibilidad de anonimato en actividades grupales refuerza la libertad de participación y expresión por parte de los seres humanos cuidados. Este tipo de actividades de preguntas abiertas genera de alguna forma un reto para los profesionales de enfermería, así como, la necesidad de desplegar su experticia, pues pueden encontrarse con diferentes tipos de temas y pregunta.

La experticia es otro código fundamental para el proceso de transcripción del cuidado pues con la experticia que adquieren los profesional de enfermería durante las experiencias de cuidado van teniendo la oportunidad de discernir: ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿dónde? Y ¿de qué manera? Puede ser más asertiva la transcripción del cuidado, un ejemplo de esto, es que con la experiencia se torna diferente el abordaje

que se realiza a los grupos y a los seres humanos de forma individual. Así, para trabajar con seres humanos de forma individual utilizan preguntas claves a fin de adentrarse en lo íntimo del ser, mientras que en el caso de los grupos, los participantes suelen hacer preguntas de forma anónima sobre los temas que les interesan, estas preguntas irá a una urna y finalmente serán respondidas como parte de una puesta en común general.

Con otro código con el cual se entrelaza esta propiedad es con cambiar pensamientos, pues para que un pensamiento se transforme se requiere de una información clara y concisa frente al tema sobre el cual se tiene dudas o confusión. Por tanto la transcripción del cuidado permite precisamente brindar un lenguaje claro a contextos sexuales que en ocasiones suelen ser de compleja comprensión para los seres humanos.

Anexo 14. Algunos ejemplos de Innovaciones creativas

ACTIVIDAD DE INNOVACIÓN CREATIVA	FRAGMENTOS DE LOS RELATOS
Sexualidad a la carta	An5 (68) “entonces, mira que son, yo no sé, son como cositas, son puros tipcitos y truquitos que a uno va aprendiendo como a trabajar el tema, ...cuando me toca hacer talleres y eso, aquí en la gobernación nos inventamos un conversatorio que se llama sexualidad a la carta y sexualidad a la carta, es hablar de sexualidad mientras se comparte una, una, una comida, o un desayuno, un almuerzo o un refrigerio, entonces, sexualidad a la carta, la vez que la inauguramos invitamos al gobernador”.
Grafisex	An5 (35) y (36) “otro día llegué al colegio y me llevé un juego, y yo vamos hacer un juego, que se llama grafisex, porque también es totalmente importante las metodologías, uno puede pensar que uno con una charla y una charla no es nada si no tiene metodologías lúdicas, porque un chico te escucha 15 minutos, pero, después no, entonces, eso también fue un secreto muy grande del trabajo que tuvimos, que fuimos descubriendo, porque en un principio no lo teníamos, entonces, llegue ese día yo con el grafisex, y el grafisex, es un juego donde solamente es con mímica, pero, es relacionado con la sexualidad, yo dije, vamos a trabajar con el grafisex que como son sordos y hablan en señas esto va hacer perfecto, y llegue, el taller fue un éxito y les fue súper bien todo el rollo, pero resulta que cuando se terminó... se acerca un niño y me dice, profe, yo no pude participar, y yo le dije por qué, me dijo, porque yo no puedo ver, entonces, lo que yo pensé que era buenos para unos, ya se me la embarró para los otros porque

	eran ciegos, tenía capacidad visual disminuida, entonces yo hay ya embalada, entonces yo decía mira que uno tiene que ir dentro de todo este trabajo, que uno piensa que era algo chiquitico, tiene que ir como lo innova cada día”.
Muestra interactiva	An3 (66) al (69) “alguna vez nos sentamos y dijimos, bueno construyamos, entonces, nosotros: ¿qué es sexualidad? y vamos a mostrárselo a los demás y que lo entiendan de esa manera; nos veíamos dos veces a la semana y empezamos a trabajar muy fuerte ... yo les orientaba pero no les construía entonces, salió una muestra interactiva de dos horas, entonces, ... la presentamos en Metrosalud ... y invitamos a los papás, a los colegios y resulta que llegó todo el mundo, eran como 102 personas, y presentamos nuestra muestra interactiva y al final la gente cuando aplaudió, se levantó y aplaudió llorando y eso fue súper significativo, porque yo entendí que ellos habían logrado desde su lenguaje decirle a los papás, mire, esto es lo que estoy viviendo, esto es lo que me está pasando, esto es lo que, es lo que usted está haciendo, por eso vamos en contravía, yo lo necesito aquí, pero, déjeme ser y yo soy capaz de construir para ambos y vamos lograr estas cosas”.
Video	An3 (71) y (72) y luego de que eso sucedió, buscaron muchas manera de hacer un video para Colombia y Medellín porque necesitaban explicarle fácil a los jóvenes que era sexualidad, y resulta que resulta que entonces mis chicos hicieron ese video, entonces, cuando ellos les dijeron bueno vamos a hacer, necesitamos un video y necesitamos a alguien que explique súper bien pero que sea súper rápido y fácil de coger, entonces, ellos muy lindos vinieron y me dijeron July, están haciendo esta convocatoria y nosotros pensamos que nosotros lo explicamos súper bien y yo dije, vamos a darle, tiene todo mi apoyo y yo me meto y hagámosle, y nos presentamos y ni siquiera competimos, sino que pasamos, pasamos de una”.
Saludo sexualizado	An5 (65) y (66) incluso casi siempre cuando yo hago un taller yo siempre hago el saludo sexualizado, entonces, el saludo sexualido en los talleres es saludarse con las partes del cuerpo, es una bobada, pero mira que eso a mí me ha roto las barreras que tú quieras, entonces, mira que a mí me ha tocado por ejemplo exponerle, como yo llevo añitos en eso ya, y el tema de embarazo en adolescentes se ha convertido como en un tema, como de una importancia nacional, entonces, me ha tocado que explicarle eso al presidente, que la esposa del presidente, que él yo no sé qué, que el yo no sé cuántas, y eso obviamente a uno lo pone muy nervioso, entonces, qué pasaba, yo siempre que voy hacer una actividad, tengo que hacer un rompe hielo de alguna cosa, de alguna cosa hay que hacerla, porque lo hago por ellos, y lo hago por ellos, para que se integren y para que se suelten y lo hago por mí, para poder no estar asustada, entonces, lo de el saludo de la sexualidad me lo inventé, entonces, es saludarse con todas las partes, es saludarse con la frente, saludarse con un codo, con otro codo, con la rodilla, con la otra rodilla, con la cola, entonces al saludarse con todas las partes, ya yo les introduzco todo el tema...”