

APORTE PARA UNA TESIS SOBRE EL OBJETO DE ESTUDIO Y TRABAJO DE ENFERMERÍA

Alma Carrasco¹

Resumen:

El trabajo busca reflejar un pensamiento que parte de la necesidad de revalorizar los cuidados enfermeros como centro de la gestión de la enfermera profesional. Se realiza un análisis desde la propia experiencia de trabajo en el campo de la salud mental y de investigaciones realizadas acerca de la salud laboral de enfermería. El enfoque está dado sobre la base de consultas bibliográficas a filósofos que han aportado a la comprensión del hombre en su paso por la vida.

Palabras claves: enfermería profesional, objeto de estudio y trabajo, cuidados enfermeros.

CONTRIBUTION TO A THESIS ABOUT NURSING AIM OF STUDY AND WORK

Summary:

This work has been designed to reflect on a thought that comes from the need of rediscovering the great value of nurse's care as the central part of nursing work. An analysis is made from the own experience in mental health area and also from researches done on health conditions at nursing work. The focus is based on consults to philosophers' bibliographies which had contributed to the comprehension of human being during lifetime.

Key words: Professional nursing; aim of study and work; Nursing care

CONTRIBUIÇÃO PARA UMA TESE SOBRE O OBJETO DE ESTUDO E TRABALHO DE ENFERMAGEM

Resumo:

O trabalho busca refletir um pensamento que parte da necessidade de revalorizar os cuidados dos enfermeiros como centro da gestão da área profissional. É realizada uma análise desde a própria experiência de trabalho no campo da saúde mental e de investigações feitas sobre a saúde no trabalho da enfermagem. O enfoque está dado sobre a base de consultas bibliográficas de filósofos que contribuíram para a compreensão do homem em sua passagem pela vida.

Palavras claves: enfermagem profissional, objeto de estudo e trabalho, cuidados dos enfermeiros.

¹ Licenciada Enfermera. Especialista en Salud Mental. Profesora Emérita. Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de la República, Uruguay, desde abril 1994 a febrero 1996. E-mail <alberca@montevideo.com.uy>

Introducción

La motivación para realizar este aporte, surge del hecho de haber trabajado desde que me recibí en el área de salud mental, en la que el encuentro con Hildegard Peplau, con las ciencias sociales y con hombres y mujeres con padecimientos psíquicos, me han mantenido cercana a filósofos en esa búsqueda a que lleva los momentos de angustia, ante la necesidad de comprender a las personas, en la complejidad de sus vidas. Aún así, a quienes reconozco como mis mayores maestros, cuyas enseñanzas han contribuido en buena forma a modificar mis modelos de trabajo, han sido los pacientes, a quienes rindo homenaje a través de este aporte.

Ante la pregunta de cual es nuestro objeto de estudio y trabajo, la respuesta primera es que se trata de un sujeto, el Hombre, a quien brindamos el cuidado enfermero en el proceso salud enfermedad, a lo largo de su vida, desde el nacimiento hasta la muerte. Salud-enfermedad, vida-muerte no se conciben como oponentes sino como aspectos de la integralidad del transitar por la existencia humana.

Nos encontramos ya en estas primeras líneas con conceptos que intentaremos definir para introducirnos en un tema que ya es de por sí complejo, estos son: quién es el Ser Humano, qué es Salud-Enfermedad y Cuidado Enfermero, y también porque vamos a hablar de Vínculo y no de relación.

Sobre el Ser Humano

La concepción griega del Hombre admite que este ha sido formado y la realidad del ser humano es el resultado de un proceso formativo. Para Ortega y Gasset, el hombre se constituye en una realidad en la que la experiencia - como experiencia íntima - y la historia personal - como peripecia y drama decisivos - son sus ingredientes fundamentales. La vida humana entraña un carácter dinámico y activo afín a la necesidad de hacer algo para sostenerse a sí misma; vida es

construcción de biografía que da sentido al hombre en su existencia. Es una existencia que se va construyendo en diversos niveles de convivencia integradora, la de individuo en sí mismo, la de su familia, el estado y la sociedad civil. Vivir es tratar con el mundo, dirigirse a él, actuar en él, ocuparse de él y dar cuenta de él de un modo concreto y pleno. Esta inserción del hombre con su entorno conduce a la creación de un entramado de interrelaciones que dan sentido al ser-sujeto y a los objetos-cosas a través de los diferentes perfiles y perspectivas que las diversas situaciones van haciendo surgir. Afirma Ortega y Gasset que yo soy yo y mi circunstancia, refiriéndose al proyecto del sujeto en intercambio con el haz de posibilidades y dificultades que interactúa en las perspectivas situacionales del mundo en el cual la vida está alojada.

En tanto nos referimos a la experiencia de vida como construcción social - en permanente movimiento impulsado por las crisis - está amarrada a la muerte, a la finitud temporal. Al decir de Heidegger (2003) desde que un hombre nace es lo bastante viejo para morir. Casi todo es compartible en la vida del hombre menos la muerte que, traduce el momento más solitario y único imposible de elaborar; sí, la podemos intelectualizar, imaginar, emocionarnos con las muertes de otros, elaborar los duelos por las pérdidas de quienes nos acompañaron hasta cierto tramo en nuestro transitar por la vida, aportando a nuestro proyecto vital.

Y vaya si las enfermeras nos sentimos tocadas por la muerte, que es experiencia tan cercana en nuestra vida laboral en la que se imbrican las creencias y valores con el quehacer técnico y científico, formando parte de las crisis que dan lugar al sufrimiento en la persona-enfermera y que en otros momentos producen satisfacción en los cuidados enfermeros pues, las enfermeras también "salvan" pacientes desahuciados.

Es interesante para Enfermería lo que dice Ortega y Gasset respecto a que para dar razón de la vida como quehacer del

hombre en vista de la situación se impone el uso de un modo de narración que, al dejar constancia de cada pormenor, suscita por resonancia la trama entera de interrelaciones que forman la situación conjunta en que los detalles cobran su cabal sentido.

En otras ocasiones hemos destacado la posición privilegiada en la que estamos las enfermeras, dada la cercanía física y afectiva que tenemos con quienes cuidamos y su entorno, que nos acerca al mundo de sus historias de vida, a ese entramado de realidades en construcción, de proyectos, de fortalezas y debilidades que interactúan en el mundo interno y con la realidad exterior. Para dar espacio a la narración, es necesario una disposición profesional humana, ética y científica de la enfermera persona hacia la escucha, que es otra de las competencias profesionales que aporta a que los cuidados estén dirigidos a la integralidad y unicidad del ser humano.

Que complejo y a la vez que intenso y formativo es para las enfermeras entender los modos de pensar, sentir y actuar de los pacientes y a la vez comprender que brindamos cuidados personalizados, ya que cada sujeto es único, singular y las posibilidades de recuperación así como las de alcanzar ese bien ser (no solo el bien estar como plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su clásica definición de salud) son también singulares. Si bien más adelante trataré sobre este tema salud-enfermedad, desde ya diré a que me refiero con esto de salud como un bien ser, como manera libre de vivir, solidaria en tanto inscripta en la ternura y no en que yo tengo lo que tu no tienes; una manera de vivir responsable y feliz.

Volvamos a la realidad humana, que al decir del filósofo argentino J. Samaja, no es ni plana ni homogénea, ya que vivir la vida es un acto intencional, de valoración o de decisión que se enraiza con la realidad social, como una totalidad. Así es que valoramos para entender y encaminarnos en nuestras vidas, a todo lo largo de nuestra historia formativa consolidando la coexistencialidad

inherente a la vida humana: del hombre ser social en los distintos niveles de integración como ya decíamos, (individuo, familia, estado y sociedad civil), lo que conlleva a la complejidad de la vida humana. Morin (1999) dice que esta complejidad inherente a todo lo humano adquiere un doble sentido, por un lado los acontecimientos como entretejidos de múltiples hilados, a la vez que emerge multiplicidad de sentidos que toman los acontecimientos al ser capturados desde las diversas miradas (pienso que habla de la construcción de la subjetividad). Subjetividad pensada como el contexto en el que las conductas dejan de ser meras cosas, meros objetos y pasan a ser significantes y significados de una función, de arribar a un fin. Podemos comprender una emoción cuando alcanzamos a conocer su significado, de otra forma solo la juzgamos y caemos en el prejuicio que nos aleja de la realidad de ese sujeto. Ortega habla del dinamismo fluyente y dramático de la vida humana. El nacimiento, la vida y la muerte tienen también su anclaje en forma profunda y misteriosa en la naturaleza humana.

Ante la pregunta de cual es el objeto de estudio y trabajo de enfermería, la respuesta segunda es que se trata de un sujeto: el Ser Humano y su vida en el continuo salud-enfermedad, con quién nos compete la responsabilidad socio-profesional de brindarle cuidados enfermeros los que se instituyen dentro del vínculo enfermera-sujeto en salud-enfermedad.

Salud/Enfermedad

Cada persona es única, aun biológicamente su cuerpo es diferente al de otro y su cerebro posee particulares funcionamientos integradores, enigmáticos, misteriosos. Nuestro cuerpo forma parte de la realidad, al que solo conocemos por aproximación, por lo que de él nos muestra nuestro propio espejo y el espejo de los otros; es la sede de nuestra identidad, es un cuerpo con sus goces, sensaciones, dolores y por el cual aparecen

modos organizados de respuestas sociales institucionalizadas para encarar la enfermedad, la muerte, el sufrimiento, la sexualidad, la religión, la familia, la educación, el trabajo.

La salud en tanto es una construcción social, es una decisión política. El proceso salud-enfermedad por el que transitan nuestros pueblos está histórica-cultural-política y legalmente determinado. La "medicalización", al decir de Barrán (1992), de la sociedad uruguaya, se configuró en torno a llevar a la vida cotidiana un modelo autoritario de cuidado del cuerpo, de intromisión en el alma del hombre; al mantenimiento de una cultura de la salud y negación de la muerte y del relacionamiento con la persona, a partir que el saber científico se impregnó de los valores, la sensibilidad y mentalidad dominantes. Y ahí estamos aún hoy ante las normas, las prohibiciones, la aceptación de unas conductas y el rechazo de otras, aceptación y rechazo de personas, de familias, de grupos poblacionales.

En otra ocasión, he definido la norma como una de las formas de regular el comportamiento para mantener la vigencia de mitos² leyes y reglas de relacionamiento cuyo fin principal es el imponer límites bajo el control autoritario de un superior sobre un subordinado. Otra cosa sería que la norma, lejos de conducir a la arbitrariedad y el autoritarismo, permitiera en ese contexto normativo, sentar las reglas de juego abriendo a la participación de todos los que integran un proceso de acciones hacia un fin común de valor ético y estético.

Siguiendo con nuestro análisis, importa más la enfermedad que la persona que la padece, quien sin duda está aportando en la situación de crisis, recordemos que la

enfermedad es una crisis accidental en la vida de las personas, familias, estado, sociedad civil, decíamos que aporta necesidades, demandas, experiencias y capacidades. Pasar del paradigma del cuerpo-cosa al del cuerpo-persona, plantea un cambio estructural y cultural en el campo de la salud y aún en el de la formación del recurso humano, ya que nos lleva a concebir el proceso salud-enfermedad como un continuo a lo largo del ciclo vital, que está multideterminado y que requiere de un abordaje integral hacia la persona y sus interrelaciones en las distintas fases; requiere así mismo de planes y programas interdisciplinarios que aportando miradas desde perfiles profesionales hacen posible una atención integral e integradora. Una atención que le de sentido al acontecer clínico inscripto en procesos sociales. Un ejemplo paradigmático de lo que venimos diciendo es el que desata un niño muerto por hambre en una zona en la que el hambre inserta en la pobreza extrema es principal causa de muerte, que hace tambalear a la sociedad civil que cierra los ojos a estas realidades; al estado que niega-deforma-oculta las cifras de la realidad social y que castiga a la médica que trabaja con las poblaciones en la búsqueda de soluciones alimentarias a través de un proyecto participativo con las propias familias que padecen la desnutrición, en un claro ejemplo del modelo de resiliencia, ya que sobrevivir no es suficiente porque no es ético. Claro ejemplo este de las muertes por desnutrición, del hambre, en que la tecnología no aporta soluciones a problemas de vida y muerte de la población; claro ejemplo además de que los planificadores no tienen en cuenta los factores económico-político-sociales que conducen a enfermedades, muertes y a las graves secuelas de la pobreza en el devenir de nuestro país, como lo es el círculo vicioso en el que se genera más pobreza, más desnutrición, más retrasos en el desarrollo.

Más allá de que sabemos que nuestro psiquismo tiene iguales ingredientes, ya en el polo de la salud como en el de la

² La formación de mitos obedece a una especie de necesidad inherente a la cultura, de modo que los mitos pueden considerarse como supuestos culturales". Se trata de estructuras que parten de la mente, "conjuntos de disposiciones con reglas propias". Ferrater Mora, J. Diccionario de Filosofía (1994). Pp.2423/2424.

enfermedad, Morin (1999) nos habla del Homo Sapiens/Homo Demens- razón y locura van de la mano - con dinámicas diferentes y grados variados de intensidad, la tendencia sigue siendo la de posicionarnos desde el eje de la patología, de lo que anda mal o es malo, obturando el repertorio de posibilidades de promoción de salud, curación y recuperación que tienen la ciencia y también el sujeto.

Para H. Peplau, es necesario trabajar con los recursos particulares que posee el paciente, como son las experiencias, conocimientos, capacidades para repensar su vida y proyectarla.

El bien ser o gozar de salud resulta de un proceso del que las propias personas necesitan formar parte, ya que tanto para sí mismos, sus familias, comunidades y el estado, la participación directa en las decisiones que influyen en la promoción de la salud, es parte de lo que significa estar sano. Y para que las mejoras en salud progresen, las cuatro fases necesitan implicarse en el mantenimiento de su salud. Poblaciones sanas son el capital humano imprescindible para el desarrollo social sustentable, de ahí que en el último día internacional de Enfermería nos adheríamos a la línea de dignidad, en que la igualdad y justicia social son determinantes ciertos de la "salud para todos" según lo declarado en Alma Ata, en 1978.

El Cuidado Enfermero

El cuidado enfermero se constituye en un proyecto en construcción- abierto, que se nutre de las necesidades y potencialidades de los que son cuidados y de quienes cuidan. Como proyecto de promoción de salud desde el nacimiento a la muerte, se hace necesario analizar las dimensiones humanas, socio-culturales, económico-políticas, éticas y estéticas en cuyo contexto se efectiviza dicho cuidado.

Quienes interactúan en el proceso de cuidar, analizarán el impacto de la ideología que impregna el quehacer, que hoy día se caracteriza por la preeminencia

del enfoque hacia la enfermedad como diferencia, hacia lo que funciona mal, en el marco del modelo biologicista, positivista, ahistórico, asocial, individualista, pragmático, de orientación curativa, que trata el síntoma; basada en una relación profesional-paciente asimétrica que conlleva el modelo médico hegemónico a la dominación-sumisión, en la que un polo de la relación sabe y el otro ignora. Modelo que tiene preeminencia en la atención a la salud y que impregna los cuidados; estos, al amparo de la crisis en la estructura técnico-burocrática, que tan lejos están de alcanzar objetivos basados en nuestra responsabilidad social.

Para encarar el desafío de una gestión de calidad centrada en el usuario, es necesario realizar transformaciones en la cultura en la que se planifican dichos cuidados. Luego de investigar durante más de treinta años la salud laboral de las enfermeras y tomando en cuenta estudios a escala mundial, nos encontramos con que son factores determinantes en el cumplimiento de la responsabilidad social de la que hablamos, los de la Organización y los de las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.

Quienes interactúan en el proceso de cuidar, analizarán críticamente el impacto de esta ideología que impregna el quehacer, a veces a contracara del discurso de la gestión de calidad. Las estructuras jerárquicas nos llevan a constatar que un nivel dado es regulado por el nivel superior y es regulante del nivel inmediato inferior. Venimos pensando y actuando desde nuestras posiciones laborales sobre la base de modelos conceptuales que reproducen en todos los ámbitos - públicos y privados - aquel modelo de relación dominación/sumisión, que se funda en estructuras organizativas de predominio burocrático-tecnocrático, construidas sobre la base de relaciones piramidales y jerárquicas en que la concepción de los cuidados está escindida de la ejecución y basada en una disciplina rígida y una dirección por órdenes. La función trascendente de la gestión es, a mi juicio, poner en marcha los dispositivos

que permiten afrontar y resolver los conflictos que a diario se presentan y que son el combustible para la acción, la comunicación y el aprendizaje. Los conflictos ponen de manifiesto las crisis que se dan en los cuidados enfermeros en sí mismos; entre estos y el equipo de salud, la institución, la familia, el sector salud y la sociedad en su conjunto.

La cultura transita el proceso de transformación del hombre y su mundo. Ortega y Gasset planteó que es aquello que los seres humanos hacen cuando se hunden, para sobrenadar en la vida, y siempre en este hacer crecerá o se reinstalará algún valor. El entramado cultural en cuya construcción y deconstrucción participamos, pasa por momentos de crisis cada vez que fallan en el contexto social, las funciones de cooperación y sus redes de comunicación. La cultura es nuestro mundo de la vida, es parte de esa trama invisible generadora de comportamientos, actitudes, valores, códigos de lenguaje, hábitos y afectos. Mundo que si bien tiene su cuota de espontaneidad, posee también un conjunto de formas que antes fueron vivas y que se han transformado en estructuras rígidas y rutinizantes.

Nuestra meta hacia los cuidados enfermeros humanizados, nos orienta en torno a una cultura que invita al cultivo de las capacidades humanas y a un ejercicio de las mismas dentro de una ética de la equidad, en el campo científico, en el de las ignorancias e incertidumbres, de saberes y certezas provisorias.

Enfermería establece un vínculo con el sujeto a través del cuidado enfermero y en esto veo que es parte del objeto de estudio dado que los cuidados conllevan un acercamiento humano integral, pues es la enfermera-persona que aporta los cuidados a través de su bagaje humano, técnico, científico, ético y estético. Los cuidados de enfermería tienen ciertas especificidades, ya que por una parte se hace lo que el sujeto no puede hacer por sí mismo; se “descubren” las capacidades que no se ejercen y se enseña a como cuidarse en la medida de las posibilidades

manifiestas y latentes; y por otra parte, las enfermeras ocupamos ese sitio privilegiado de la cercanía física, social y afectiva con el sujeto de estudio y trabajo, lo que lleva a que se conozcan aspectos de la enfermedad, el sufrimiento, el nacimiento, el alivio, la muerte relacionados con las historias de vida de las personas, en las cuatro fases así como en las crisis interfase. El hombre se ha de curar en el mismo contexto en el que se enfermó y si no sale fortalecido de esa crisis interfase, se volverá a enfermar, será crónico y su situación de enfermedad y secuelas se irán agravando tras el círculo vicioso o morirá.

Como aquél hombre que intentó suicidarse ingiriendo cal, ingresó al Centro de Tratamientos Intensivos y el equipo médico le salvó la vida. Tras arduos meses de cuidados se “recuperó”, se fue de alta y se suicidó. Este ejemplo lo traigo pues es paradigmático de cuidados fragmentados hacia el ser humano como ser único de su historia y que, en Enfermería caracteriza el modelo Taylorista predominante y a contramano con la gestión de calidad. De ahí que cuidar en el contexto del vínculo enfermera-paciente posibilite la integralidad de los cuidados, su unicidad, ya que tanto la enfermera-persona como el niño/niña, adolescente, hombre/mujer, anciano/anciana (seres humanos), han de aportar desde sus especificidades los conocimientos y experiencias, a la vez que ambos se nutren-aprenden del otro. El vínculo es fuente de relación humana, en el que pensar, sentir y actuar se potencian en una experiencia de vida enriquecedora. Vale decir que conduce a transitar por la crisis produciendo cambios para ambos y sus entornos, me refiero a la enfermera y al equipo de enfermería, y al paciente y su familia.

La vida laboral de las enfermeras también se constituye en fuente de descubrimientos de sí misma, de sus capacidades, debilidades, los aprendizajes de las cosas que no están en los libros, sino que son producto del vínculo enfermera-paciente y fuente de sufrimientos y placeres, pues toca fibras muy íntimas de

la persona enfermera en la etapa de vida en la que se encuentre. Y lo que acontece en ese vínculo, es lo que inicia, sostiene y da credibilidad al cuidado.

Coincidimos con Collière (1993) cuando expresa que se trata de encontrar unos cuidados que permitan, tanto a los que necesitan como a los cuidadores, construirse y realizarse, y por lo tanto valorarse gracias a la continuidad del proceso de cuidar y de poder demostrar el valor económico relacionado con el valor social. Es situar los cuidados dentro de la amplitud de su dimensión social, en el seno de los proyectos (personales, familiares) sociales.

Radican aquí los valores éticos, científicos y estéticos en los que se funda el quehacer enfermero. Quiero detenerme en el vocablo *Sorge* que se traduce como cuidado, preocupación, cura para M. Heidegger (2003), quien en su libro "El Ser y El Tiempo", expresa que el cuidado es el ser de la Existencia, que cabe analizarlo ontológicamente, sobre la base de la angustia que acompaña al ser-en-el-mundo, al ser-ahí. El cuidado (cura) dio forma al hombre y por ello la cura debe poseer al hombre mientras viva. Estaría establecido que todo lo que hace el hombre lo hace para evitar la preocupación cuyo sentido es idéntico al del cuidado, demostrándose así que está en la raíz de la existencia humana. Y para Heidegger, no se puede reducir el cuidado a un mero impulso por vivir, ya que está radicado en un ser cuya existencia está siempre en juego, proyectándose a sí mismo hacia el poder ser. El fenómeno del cuidado no posee una estructura simple, como lo es el ser de la existencia, al cual está articulado estructuralmente.

S. Malvárez (2001) dice que la reflexión ética en enfermería aporta bases al conocimiento en los ámbitos de los valores morales personales en cuanto implicados en las relaciones intersubjetivas; los valores sociales involucrados en el pensar y hacer profesional desde la perspectiva bioética y deontológica y los valores que sustentan las decisiones y acción política de las enfermeras.

J. Samaja analiza las dificultades epistemológicas que plantea la investigación científica de los fenómenos salud-enfermedad-atención humana, dado que señala el carácter aparentemente irreductible de la salud a términos objetivos. Si bien la hepatitis es un hecho, el suicidio lo es, como la plumbemia, se trata de cosas dadas, de hechos. Pero la frontera de lo que se considera un hecho de salud-enfermedad-atención humana, se viene problematizando pues en toda identificación de un hecho de salud hay una intervención valorativa. La pregunta es ¿qué es normal /deseable?..¿qué es anormal/indeseable? Son atributos, pautas externas antes que cualidades inherentes al objeto mismo. Hay una construcción mediante valoraciones que es lo que se da a entender por "sano" y es con relación a esta concepción que se considera cierto estado de cosas como enfermedad. Sin embargo Samaja dice que se comprende aquello que se puede referir no sólo a sus relaciones estructurales, sino también al engendramiento de una nueva totalidad en la que se conserva, se suprime y se supera, y de manera particular, en las rutinas de sus reengendramientos reproductivos.

En cuanto a los valores estéticos, recordemos que en los años 50 definíamos Enfermería como el arte y la ciencia de cuidar. Lo que tiene de arte es que el cuidado enfermero se brinda por un placer desinteresado y que existe en el espacio vincular enfermera-paciente un potencial creativo que ambos, seres únicos e irrepetibles son capaces de dar a luz y que los une de por vida.

Qué enfermera o enfermero no tiene inscriptos en su memoria vivencial soluciones a problemas de cuidados que surgen de esa unión interhumana, verdaderas creaciones en el esfuerzo por encontrar salidas a situaciones de riesgo. Qué enfermera no ha sentido placer al corroborar el resultado de su cuidado en las diversas manifestaciones de satisfacción en las personas que cuida- aún en las más imperceptibles; y quien no recuerda errores u omisiones, que se

constituyeron en dolorosos aprendizajes de por vida. Considero que se aprende por igual en el placer y en el dolor siempre que las experiencias de la vida laboral sean objeto generoso de análisis crítico orientado al fin de construcción de conocimiento científico y humano, que es el valor máspreciado con el que trabajamos en el día a día: la salud y la vida de las personas. Nosotras incluidas: como ser siendo con responsabilidad

social, en lo personal y dentro de nuestro colectivo.

Los valores científicos, técnicos, éticos y estéticos se integran como fuerza de madurez y desarrollo profesional en defensa del derecho a la salud y la vida de las personas, las familias, la sociedad civil y el estado – si el cuidado enfermero se construye en el marco de la alteridad y del vínculo amoroso.

Bibliografía

- 1) Barrán, JP. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1- El poder de curar. Ediciones de la Banda Oriental. 1992.
- 2) Carrasco, A. "Gestión y cultura en la intervención sanitaria" conferencia en la Maestría en Salud Mental. Nov. 1999. (mimeo).
- 3) Carrasco, A. "Los cuidados de enfermería en el contexto de la dimensión social de la gestión" Conferencia en el Primer Taller de Responsabilidad Profesional de Enfermería. Montevideo, 29 setiembre 2000. (mimeo).
- 4) Collière, M.F. Promover la vida. Ed. Interamericana. McGraw Hill. 1993.
- 5) Ferrater Mora, J. Diccionario de Filosofía. Editorial Ariel, S.A. 1994.
- 6) Heidegger, M. El Ser y El Tiempo. Fondo de Cultura Económica. México. 2003.
- 7) López Quintas. El pensamiento filosófico de Ortega y D'Ors. Ediciones Guadarrama. 1972.
- 8) Malvárez, S. «Interrogación a los fundamentos». Mesa de Expertos. Fundamentos en la construcción del conocimiento en enfermería, filosófico y ético. Puebla. México. 2001
- 9) Morin, E. Kern, A.B.. Tierra Patria. Ed. Kairós. 1993.
- 10) Morin, E. El hombre y la muerte. Editorial Kairós. 1999.
- 11) Samaja, J. Subjetividad y metodología. Segunda parte. (Mimeo).