



# El futuro de la investigación en cuidados desde la perspectiva de *SEIS ENFERMERAS* Honoris Causa



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI



Universitat  
d'Alacant



UNIVERSITAT DE VIC  
UNIVERSITAT CENTRAL  
DE CATALUNYA



Universitat  
de Lleida



UNIVERSIDADE DA CORUÑA



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE CIENCIA  
E INNOVACION



Instituto  
de Salud  
Carlos III

investén  
ISCIII

**investén**  
ISCIH

*c/ Monforte de Lemos 5, Pabellón 13, sótano 2  
28029 Madrid  
[www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)*

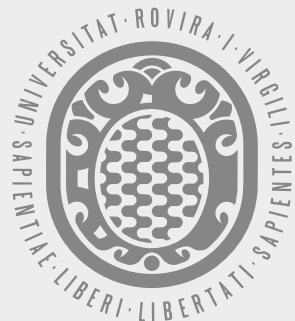
## **Índice**

<i>Discurso de investidura Doctora Jean Watson. Doctora Honoris Causa por la Universidad Rovira i Virgili (2010). Inglés</i>	3
<i>Discurso de investidura Doctora Afaf Ibrahim Meleis. Doctora Honoris Causa por la Universidad de Alicante (2014).</i>	43
<i>Discurso de investidura Doctora Rosamaría Alberdi. Doctora Honoris Causa por la Universidad de Murcia (2016).</i>	63
<i>Discurso de investidura Doctora Linda H. Aiken. Doctora Honoris Causa por la Universidad de Vic (2017). Inglés</i>	95
<i>Discurso de investidura Dr. Doris Grinspum. Doctora Honoris Causa por la Universidad de Lleida (2018).</i>	109
<i>Discurso de investidura Dr. Denise Gastaldo. Doctora Honoris Causa por la Universidad de A Coruña (2019).</i>	127
<b>Versiones en otros idiomas</b>	149
<i>Discurso de investidura Doctora Jean Watson. Doctora Honoris Causa por la Universidad Rovira i Virgili (2010). Catalán</i>	151
<i>Discurso de investidura Doctora Linda H. Aiken. Doctora Honoris Causa por la Universidad de Vic (2017). Catalán</i>	189
<i>Discurso de investidura Doctora Denise Gastaldo. Doctora Honoris Causa por la Universidad de A Coruña (2019). Gallego</i>	199



***Conferencia impartida por la doctora  
Jean Watson con motivo de su investidura  
como Doctora Honoris Causa por la  
Universitat Rovira i Virgili.***

***Sesión académica extraordinaria,  
24 de noviembre de 2010***





***Conferencia impartida por la doctora  
Jean Watson con motivo de su investidura  
como Doctora Honoris Causa por la  
Universitat Rovira i Virgili.***

***Sesió acadèmica extraordinària,  
24 de novembre de 2010***



**UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI**



**Doctora Jean Watson**

*Doctora Honoris Causa por la  
Universidad Rovira i Virgili (2010)  
PhD, RN, AHN-BC, FAAN, LL (AAN)*



*Profesora distinguida y decana emérita de la Facultad de Enfermería del campus del Centro Médico Anschutz de la Universidad de Colorado Denver, donde ocupó durante 16 años la primera cátedra dotada del país en Ciencias del Cuidado. Es fundadora del Centro para el Cuidado Humano original en Colorado y es miembro de la Academia Americana de Enfermería; ex presidenta de la Liga Nacional de Enfermería; miembro fundador de la Asociación Internacional del Cuidado Humano y del Consorcio Internacional de Cáritas. Es fundadora y directora de la fundación sin ánimo de lucro Watson Caring Science Institute ([www.watsoncaringscience.org](http://www.watsoncaringscience.org)). En 2013, la Dra. Watson fue admitida como Leyenda Viviente por la Academia Americana de Enfermería, su mayor honor.*

*Es una autora de numerosas publicaciones y ha recibido muchos premios y honores nacionales e internacionales, entre ellos: El premio Norman Cousins del Instituto Fetzer, en reconocimiento a su compromiso con el desarrollo, el mantenimiento y el ejemplo de las prácticas de cuidados centrados en las relaciones; una beca internacional Kellogg en Australia; un premio de investigación Fulbright en Suecia; el premio del Centro Hildebrand para la Compasión en la Medicina de la Universidad de Notre Dame; el premio de la Academia de Medicina Integrativa y Curación por su trabajo pionero en la Ciencia del Cuidado; la cátedra de la Sociedad Internacional Japonesa del Cuidado y la Paz. Está en posesión de quince (15) doctorados honoríficos, incluidos 12 doctorados honoríficos internacionales (por ejemplo, Suecia, Reino Unido, España, Colombia Británica y Quebec, Canadá, Japón, Turquía, Perú y Colombia, América del Sur).*

*La filosofía del cuidado de la Dra. Watson y la Teoría del Cuidado Humano, y los Procesos de la Ciencia del Cuidado de Caritas se utilizan para guiar modelos transformadores de educación del cuidado; y prácticas profesionales de curación del cuidado para hospitales, enfermeras y pacientes por igual, en diversos entornos de todo el mundo.*

*En la Universidad de Colorado, la Dra. Watson ostentó el título de Profesora Distinguida de Enfermería, el más alto honor concedido a su profesorado por su trabajo académico.*

*Como autora/coautora de más de 30 libros sobre el cuidado, sus últimos libros abarcan desde las mediciones empíricas y la investigación internacional sobre el cuidado, las prácticas de la ciencia del cuidado consciente, hasta las nuevas filosofías postmodernas del cuidado y la curación, la filosofía y la ciencia del cuidado y la ciencia del cuidado como ciencia sagrada y el avance global en la alfabetización del cuidado. Sus libros han sido galardonados con el premio AJN a los libros del año y pretenden tender puentes entre paradigmas, así como apuntar a modelos transformadores para este siglo XXI.*



***Award acceptance  
speech by doctor Jean Watson***



Today, in this year 2010, we celebrate the “International Year of the Nurse and the centenary of Nightingale, marking her death in 1910. Nightingale was the philosophical founder of modern nursing and the first recognized nurse theorist. I applaud all the nurses and health science students here at this university, for your continuing contributions to health care and human service work, still informed by the legacy of Nightingale.

It is indeed an honor to be awarded this Honorary Doctorate from Universitat Rovira I Virgili, upon the recommendation of the Department of Nursing, a university and nursing department with a history of leadership in nursing education, and a caring curriculum educational model, committed to scholarship and scientific contributions from nurses and nursing research and practice. Your influence here in Spain is influencing nursing education in Europe and other parts of the world.

I graciously accept the Degree on behalf of my colleagues here at this prestigious University as well as on behalf of the public recognition of my scholarship in Caring Science and the theory and practice of human caring, which has impacted nursing education and practice in this century

Nurses (and nursing) are recognized as the most trusted and ethical professional group in the world, who continue to make a difference in health care for the public; this trust and ethic is guided by an deep philosophical orientation to preserving human dignity and sustaining human caring.

Nursing’s maturity as a distinct discipline and profession in its own right, represents the largest group of health care providers in the world, and practice in all health care settings, having significant impact on quality of human caring, healing and medical outcomes.

During the past few decades, nursing theory and research have extended the ethical, philosophical, values of human caring, along with empirical scientific validation in clinical practice, including holistic caring, primary and palliative care and end-of-life care. Nurses and nursing will continue to play leadership roles in caring for the whole person and their inner healing processes, not just treatment of disease.

It has been humbling for me to witness how my work in caring science has helped to deepen and expand the human dimensions of health care and the healing experiences of patients in hospitals, homes, and community. As a new faculty member at the university of Colorado in 1979, I was disappointed with the medical-clinical orientation nursing was adopting for its advancement. My writings and career of scholarship have been my attempts to give voice and language to the phenomenon of human caring, clarifying Caring Science as the disciplinary foundation of the profession Through the Caring Science focus, nursing makes explicit the ethical, moral, philosophical and scientific orientation to the human health illness-healing experiences, helping to sustain human caring in instances where it is threatened, offering compassionate human service to humankind. The Caring Science orientation to nursing, builds upon the blueprint of Nightingale's work, which is recognized today as global nursing, integrating the finest of nursing science and art and humanity. It also serves as a foundation for all health and human service professions.

Nightingale's mission and vision continues to serve as a guide for health care and health care reform in this time. Toward her vision of social action and a healthy world it is through Nightingale's legacy that the most contemporary and futurist work in Caring Science can now flourish,; this is a hundred year turn for transforming health care with new ethical and scientific models of human caring, local to global, in addressing wellness, prevention, healthy home and work environments.

**\*Watson's evolution and contribution to Caring Science Scholarship and Academic Accomplishments in Nursing science and education.**

**(\* Sections of this paper are drawn from Watson, 2008 and Watson, 2011b)**

*Nursing. The Philosophy and Science of Caring* (1979) ushered in a career in caring science and was my entrance in to scholarly work. This first book was published before formal attention was being given to nursing theory or focus on the discipline of nursing. It was before there was any focus on establishing a meaningful philosophical foundation for nursing science, education and practice.

My original work emerged from my quest to bring new meaning and dignity to the work and world of nursing science and patient care. The theoretical concepts were derived from my personal and professional experience, which

were clinically inducted, empirically grounded; however they were combined and integrated with my philosophical, ethical, intellectual and experiential background. My quest and life work always have been about deepening my own and other's understanding of humanity and life itself, and bringing those dimensions into nursing. Thus, the early work emerged from my own values, beliefs, perceptions and experience with rhetorical and ineffable questions. For example: what does it mean to be human? What does it mean to care? What does it mean to heal? Questions about personhood, life, the birth-death cycle, change, transition, suffering, health, relationships, healing, wholeness and other unknowns guided by my quest to identify a framework for nursing as a distinct discipline and profession in its own right – separate from, but complementary to, the curative orientation of medicine.

My views were heightened by my commitment to the professional role and mission of nursing in society and the world; its ethical covenant with humanity in sustaining human caring and preserving human dignity, integrity, and wholeness in the midst of threats and crises of life, trauma, change and death. All these activities, experiences, questions, and processes are not just medical-clinical phenomena. They transcend illness, diagnosis, conditions, setting and so on; they were and remain, enduring and timeless philosophical and ethical human quests and questions with which nursing and nurses engage across time and space and changes in systems, society, civilization, technology, and science.

The original (1979) work has expanded and evolved through a generation of publications, other books, videos, and CDs, along with clinical-administrative positions and initiatives for transforming professional nursing.

A series of other books on caring theory followed and have been translated into at least nine languages. The other major theory-based books on caring that followed the original work include:

- Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing (1985). East Norwick, CT: Appleton-Century-Crofts. Reprinted/republished (1988). New York: National League for Nursing. Reprinted/republished (1999). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Postmodern Nursing and Beyond (1999). Edinburgh, Scotland: Churchill-Livingstone. Reprinted/republished New York: Elsevier. Reprinted edition. (2011) Boulder, Co: Watson Caring Science Institute Pub.

- Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science (ed.) (2002). New York: Springer (AJN Book of Year award).
- Caring Science as Sacred Science (2005). Philadelphia: F. A. Davis (AJN Book of Year award). Other more recent works:
- Nursing. The Philosophy and Science of Caring. New Revised edition. (2008) Boulder: CO: University Press of Colorado.
- Human Caring Science: A Theory of Nursing. (2011) Sudbury, MA.: Jones & Bartlett.
- Creating a Caring Curriculum: Emancipatory Pedagogies for Nursing. (Co-author: Hills, M. & Watson, J. 2011). New York: Springer- Watson Caring Science Springer Library Series
- Measuring Caritas: A compilation of international research on Caritas as Healing Intervention. (Co-author: Nelson, J. & Watson, 2011) .New York: Springer. Watson Caring Science Springer Library Series.

### **Background**

Other caring-based books, co-edited or coauthored are extensions of these works (see, for example, Bevis and Watson [1989], *Toward a Caring Curriculum*, New York: National League for Nursing [reprinted 1999, Sudbury, MA: Jones & Bartlett]; Watson and Ray [1998] [eds.], *The Ethics of Care and the Ethics of Care*, New York: National League for Nursing; Chinn and Watson [1994], *Art and Aesthetics in Nursing*, New York: National League for Nursing). See also Web site ([www.watson-caringscience.org](http://www.watson-caringscience.org); [www.nursing.ucdenver.edu/caring](http://www.nursing.ucdenver.edu/caring) ) for complete citations of books and publications.

*Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (1979) provided the original core and structure for the Theory of Human Caring: Ten Carative Factors. These factors were identified as the essential core aspects of caring in nursing, without which nurses may not have been practicing professional nursing but instead were functioning as technicians or skilled workers within the dominant framework of medical techno-cure science. This work has stood as a timeless classic of sorts on its own.

These evolved works places theoretical ideas more explicitly within a broader context of ethics, art, and even metaphysics as phenomena within which nursing dwells but often does not name, articulate, study, or act upon.



As has been noted in contemporary postmodern discourse, if a profession does not have its own language, it does not exist; thus, it is important to name, claim, articulate and act upon the phenomena of nursing and caring if nursing is to fulfill its mandate and *raison d'être* for society. This accumulated scholarship in caring theory and caring science helps to make explicit nursing's covenant with the public.

The scholarship in Caring Science makes explicit some core aspects of human caring science, For Example:

- A philosophy of human freedom, choice, responsibility
- A biology and psychology of holism
- An epistemology that allows not only for empirics but also for the advancement of aesthetics, ethical values, intuition, personal knowing, spiritual insights, along with a process of discovery, creative imagination, evolving forms of inquiry
- An ontology of time and space
- A context of inter-human events, processes, and relationships that connect/are one with the environment and the wider universe
- A scientific worldview that is open. (Watson 1985:16) Thus, a human science and human caring orientation differs from conventional science and invites qualitatively different aspects to be honored as legitimate and necessary when working with human experiences and human caring-healing, health, and life phenomena. The theory of human caring incorporates notions of 'caring occasion,' "phenomenal field," "transpersonal," and the "art of transpersonal caring," inviting the full use of self within a "caring moment" (Watson 1985: 58–72). The caring occasion/ caring moment becomes transpersonal when "two persons (nurse and other) together with their unique life histories and phenomenal field (of perception) become a focal point in space and time, from which the moment has a field of its own that is greater than the occasion itself. As such, the process can (and does) go beyond itself, yet arise from aspects of itself that become part of the life history of each person, as well as part of some larger, deeper, complex pattern of life" (Watson 1985:59).

The caring moment can be an existential turning point for the nurse, in that it involves pausing, choosing to "see"; it is informed action guided by an intentionality and consciousness of how to be in the moment—fully present, open to the other person, open to compassion and connection, beyond the

ego-control focus that is so common. In a caring moment, the nurse grasps the gestalt of the presenting moment and is able to “read” the field, beyond the outer appearance of the patient and the patient’s behavior. The moment is “transpersonal” when the nurse is able to see and connect with the spirit of others, open to expanding possibilities of what can occur. The foundation for this perspective is the wisdom in knowing and understanding that “[w]e learn from one another how to be more human by identifying ourselves with others and finding their dilemmas in ourselves. What we all learn from it is self-knowledge. The self we learn about or discover is every self: it is universal. We learn to recognize ourselves in others” (Watson 1985:59).

This human-to-human connection expands our compassion and caring and keeps alive our common humanity. All of this deeply philosophical, ethical and theoretical process sustains our shared humanity and helps to avoid reducing another human being to the moral status of object (Watson 1985:60).

Additional scholarship has explored human science methodology as a form of caring inquiry. Transcendental phenomenology was explicated from original research in Australia. It is one exemplar of a human science–Caring Science experience of loss and grief experienced and researched among an Aboriginal tribe in Western Australia.

Poetry and artistic, metaphoric expressions emerge within the “outback” research experience, using this extended methodology. Such an approach was consistent with the findings and experiences in this unique setting, in that this methodology allowed for a “poetic” effect in articulating experiences as felt and lived, transcending their facts and pure descriptions (descriptive phenomenology). Thus, the transcendent views were consistent with transpersonal dimensions and provided space for paradox, ambiguity, sensuous resonance, and creative expressions, going beyond the surface phenomenology (Watson 1985:90–91). For example: “In other words, how could cold, unfeeling, totally detached dogmatic words and tone possibly teach the truth or deep meaning of a human phenomenon associated with human caring, transpersonal caring and grief, and convey experiences of great sorrow, great beauty, passion and joy. We cannot convey the need for compassion, complexity, or for cultivating feeling and sensibility in words that are bereft of warmth, kindness and good feeling” (Watson 1985:91). The result is

poetizing; “it cannot be other than poetic” (Heidegger quoted in Watson 1985:98).

Such an exemplar of methodology invites a union between the humanities and art with science, one of the perennial themes of my work.

Postmodern Nursing and Beyond (1999, 2011), brought a focus to the professional paradigm that is grounded in the ontology of relations and an ethical-ontological foundation before jumping to the epistemology of science and technology. The focus of this work was the need to clarify the ontological foundation of Being-in-Relation within a caring paradigm, the unity of mind-body-spirit/field, going beyond the outdated separatist ontology of modern Era I medical industrial thinking. In this book the spiritual and evolved energetic aspects of caring consciousness, intentionality, and human presence and the personal evolution of the practitioner became more developed. This evolution was placed within the emerging postmodern cosmology of healing, wholeness, and oneness that is an honoring of the unity of all. This post-modern perspective attempted to project nursing and health care into the mid-twenty-first century, when there will be radically different requirements for all health practitioners and entirely different roles and expectations between and among the public and health care systems (Watson 1999: XIII).

Nursing itself serves as an archetype for healing and represents a metaphor for the deep healing energy that is emerging within an entirely different paradigm. What is proposed is a fundamental ontological shift in consciousness, acknowledging a symbiotic relationship between humankind-technology-nature and the larger, expanding universe.

In this work, Nightingale’s original blueprint for nursing is evident and embodies all the caring healing nursing arts and rituals, rediscovered and honored for new reasons.

Metaphors of ontological archetype, ontological artist, and ontological architect are used to capture the roles and visions for nursing into this millennium/Era III medicine and nursing (Watson 1999: XIV-XV).

The theoretical book, *Caring Science as Sacred Science* (2005) (which received an American Journal of Nursing [AJN] Book of the Year award

in 2006 in the category of research), expands further upon the earlier works on caring. This work places Caring Science within an ethical–moral–philosophically evolved, scientific context, guided by the works of Emmanuel Levinas (1969, French) and Knud Logstrup (1997, Danish). This specific work on Caring Science seeks a science model that reintegrates metaphysics within the material physical domain within the “Ethics-of- Belonging” (to the infinite field of Universal Cosmic Love) (Levinas 1969) as before and underneath Being-by-Itself alone— no longer separate from the broader universal field of infinity to which we all belong and to which we return from the earth plane.

Levinas’s “Ethics of face”—as in facing our own and others’ humanity—is explored as a metaphor for how we deepen and sustain our humanity for survival of the human, in contrast to “totalizing” the human condition and cutting us off from the infinite source of life and the great Cosmic field that unites us all. Logstrup’s “ethical demand” brings forth the notion of “Ethics of Hand,” in that he reminds us of the sovereign, unarticulated, and often anonymous ethical demand that “we take care of the life which trust has placed in our hands” (Logstrup 1997:18).

**Caring Science as Sacred Science text identifies these basic assumptions (Watson 2005:56):**

- The Infinity of the Human Spirit and evolving universe
- The ancient and emerging cosmology of a unity consciousness of relatedness of All
- The ontological ethic of Belonging before Our Separate Being (Levinas 1969)
- The moral position of sustaining the infinity and mystery of the human condition and keeping alive the evolving human spirit across time, as in facing and deepening our own and others’ Humanity (Levinas 1969)
- The ethical demand that acknowledges that we hold another person’s life in our hands; this sovereign expression of life is given to us, before and beyond our control with expressions of trust, love, caring, honesty, forgiveness, gratitude, and so on, beyond ego fixations and obsessive feelings that are negative expressions of life (Logstrup 1997)
- The relationship between our consciousness, words, and thoughts and how they positively or negatively affect our energetic- transpersonal field of Being, Becoming, and Belonging; thus, our consciousness affects our

ability to connect, to “be-in-right-relation” with Source: the infinite universal cosmic field of Love.

This is comparable to Nightingale’s notion of putting the patient in best condition for nature to heal, acknowledging that healing draws on nature and natural processes. When we are conscious of an expanded cosmology and an expanded, deeper moral-ethical foundation, we gain new insights and awakenings; we open to the sense of humanity-in-relation-to-the- larger-universe, inspiring a sense of wonder, wisdom, awe, and humility. We are invited to accept our need for wisdom, beyond information and knowledge alone, and to surrender to both that which is greater than our separate ego-self and the outer world we think we have control over and seek to manipulate.

So, in developing concepts and practices, theories and philosophies of caring-healing that intersect with Love, we invoke Caring as part of our consciousness and intention to affect the whole with practical engagement from our own unique gifts and talents. In doing so, our part of personal and professional work is contributing to and making a difference in the moment but is also affecting the holographic universal field that surrounds us and to which we all belong. In other words, through modern science as well as through ancient wisdom traditions, we realize that what we do for ourselves benefits others and what we do for others benefits us. If one person is healed, it is helping to heal all. If others are healed, it helps us heal. The mutuality of Caring affects the universal field to which we all belong, and we energetically affect it with our consciousness and our concrete acts.

### **Caring Science as Context**

My position is this: Caring Science as a starting point for nursing as a field of study offers a distinct disciplinary foundation for the profession; it provides an ethical, moral, values-guided meta-narrative for its science and its human phenomena, its approach to caring-healing person-nature-universe. In positing Caring Science as the disciplinary context and matrix moral meta-narrative with respect to what it means to be human, honoring unity of Being, the oneness of mind-body-spirit/universe; the discipline offers subject matter foci and a distinct perspective on the subject matter. The profession, without clarity of its disciplinary context, loses its way in the midst of the outer-worldly changes and forces for conformity to the status quo of the moment.

The discipline of nursing, from my position, is/should be grounded in Caring Science; this, in turn, informs the profession. Caring Science informs and serves as the moral-philosophical-theoretical-foundational starting point for nursing education, patient care, research, and even administrative practices.

If nursing across time had been born and matured within the consciousness and clarity of a Caring Science orientation, perhaps it would be in a very different evolved place today: a place beyond the struggles with conventional biomedical-technical science that linger still, beyond the crisis in care that haunts hospitals and systems today, beyond the critical shortage of nurses and nursing that society is experiencing at this turn in history, and beyond the non-caring communities in our life and world. Our world is increasingly struggling with wars, violence, and inhumane acts—be they human-to-human, human-to-environment, or human-to-nature. In spite of an evolved cosmology for all disciplines today, including physics and basic sciences and other scientific fields, we still often find ourselves locked in outdated thinking within a separatist-material physical world ontology and an outer-worldview as our starting point.

Caring Science makes more explicit that unity and connectedness exist among all things in the great circle of life: change, illness, suffering, death, and rebirth. A Caring Science orientation moves humanity closer to a moral community, closer to peaceful relationships with self–other communities–nations, states, other worlds, and time.

### **Basic Assumptions of Caring Science (adapted with minor modifications from Watson 1979:8–9)**

- Caring Science is the essence of nursing and the foundational disciplinary core of the profession.
- Caring can be most effectively demonstrated and practiced interpersonally; however, caring consciousness can be communicated beyond/transcends time, space, and physicality (Watson 2002a).
- The intersubjective human-to-human processes and connections keep alive a common sense of humanity; they teach us how to be human by identifying ourselves with others, whereby the humanity of one is reflected in the other (Watson 1985:33).
- Caring consists of Carative Factors/Caritas Processes that facilitate healing, honor wholeness, and contribute to the evolution of humanity.

- Effective Caring promotes healing, health, individual/family growth and a sense of wholeness, forgiveness, evolved consciousness, and inner peace that transcends the crisis and fear of disease, diagnosis, illness, traumas, life changes, and so on.
- Caring responses accept a person not only as he or she is now but as what he or she may become/is Becoming.
- A Caring relationship is one that invites emergence of human spirit, opening to authentic potential, being authentically present, allowing the person to explore options—choosing the best action for self for “being-in-right relation” at any given point in time.
- Caring is more “healthogenic” than curing.
- Caring Science is complementary to Curing Science.
- The practice of Caring is central to nursing. Its social, moral, and scientific contributions lie in its professional commitment to the values, ethics, and ideals of Caring Science in theory, practice, and research.

#### **Premises of Caring Science (adapted from Watson 2005:218–219)**

- Knowledge of Caring cannot be assumed; it is an epistemic-ethical- theoretical endeavor that requires ongoing explication and development.
- Caring Science is grounded in a relational, ethical ontology of unity within the universe that informs the epistemology, methodology, pedagogy, and praxis of caring in nursing and related fields.
- Caring Science embraces epistemological pluralism, seeking to understand the intersection and underdeveloped connections between the arts and humanities and the clinical sciences.
- Caring Science embraces all ways of knowing/being/doing: ethical, intuitive, personal, empirical, aesthetic, and even spiritual/metaphysical ways of knowing and Being.
- Caring Science inquiry encompasses methodological pluralism, whereby the method flows from the phenomenon of concern—diverse forms of inquiry seek to unify ontological, philosophical, ethical, and theoretical views while incorporating empirics and technology.
- Caring (and nursing) has existed in every society. Every society has had some people who have cared for others. A caring attitude is not transmitted from generation to generation by genes. It is transmitted by the culture of a society. The culture of nursing, in this instance the discipline and profession of nursing, has a vital social-scientific role in advancing, sustaining, and preserving human caring as a way of fulfilling its mission to society and broader humanity.

### **Working Definition of Caring Science (extracted /modified from Watson 2004a; Watson and Smith 2002)**

Caring Science is an evolving philosophical-ethical-epistemic field of study, grounded in the discipline of nursing and informed by related fields. Caring is considered as one central feature within the metaparadigm of nursing knowledge and practice. Caring Science is informed by an ethical-moral-spiritual stance that encompasses a humanitarian, human science orientation to human caring processes, phenomena, and experiences. It is located within a worldview that is non-dualistic, relational, and unified, wherein there is a connectedness to All: the universal field of Infinity: Cosmic love. This worldview is sometimes referred to as

- A unitary transformative paradigm (Newman, Sime, and Corcoran- Perry 1991; Watson 1999)
  - Nonlocal consciousness (Dossey 1991)
  - Era III medicine/nursing (Dossey 1991, 1993; Watson 1999).
- Caring Science within this worldview intersects with the arts and humanities and related fields of study and practice.

### **Language of the Theory: Carative Factors / Caritas Processes:**

The language and structure of the theory of human caring, framed within the Caring Science context, consists of the 10 Carative Factors in the original 1979 work and later transposed to 10 Caritas Processes in 2008 book.

The ten original Carative Factors remain the timeless structural core of the theory while allowing for their evolving emergence into more fluid aspects of the model captured by the ten Caritas Processes.

In introducing the original concept of Carative Factors as the core for a nursing philosophy and science, I was offering a theoretical counterpoint to the notion of Curative, so dominant in medical science. Thus, the Carative Factors provided a framework to hold the discipline and profession of nursing; they were informed by a deeper vision and ethical commitment to the human dimensions of caring in nursing—the art and human science context. I was seeking to address those aspects of professional nursing that transcended medical diagnosis, disease, setting, limited and changing knowledge, and the technological emphasis on very specialized phenomena. I was asking, What remains as core? My response in 1979 was “The Ten Carative Factors”



### Original Ten Carative Factors, Original (1979) Text

1. Formation of a humanistic-altruistic system of values
2. Instillation of faith-hope
3. Cultivation of sensitivity to oneself and others
4. Development of a helping-trusting relationship
5. Promotion and acceptance of the expression of positive and negative feelings
6. Systematic use of the scientific problem-solving method for decision making (refined in 1985 as use of creative problem-solving caring process)
7. Promotion of interpersonal teaching-learning
8. Provision for a supportive, protective, and (or) corrective mental, physical, socio-cultural, and spiritual environment
9. Assistance with gratification of human needs
10. Allowance for existential-phenomenological forces (refined in 1985 as existential- Phenomenological spiritual dimensions).

These original Carative Factors were identified as the essential core of professional nursing practice, in contrast to what I called the “trim,” that which is constantly changing and cannot be the content or the criteria with which to describe, identify, and sustain professional nursing and its timeless disciplinary stance with respect to caring in society. As indicated in the original (1979) work, “carative” was a word I made up to serve as a counterpoint to the “curative” orientation of medical science. I identified these ten factors as the core activities and orientations a professional nurse uses in the delivery of care. They are the common and necessary professional practices that sustain and reveal nursing as a distinct (caring) profession, not as comprising a group of technicians. Nurses apply the CFs constantly but are not aware of them, nor have they necessarily named them. Thus, nurses generally are not conscious of their own phenomena; they do not have the language to identify, chart, and communicate systematically and so on. This is a result of both a lack of awareness and terminology of caring and of recognized knowledge of those everyday practices that define their work. Without an awareness, additional education, and advancement of professional caring in nursing, these factors are likely to occur in an ad hoc, rather than a systematic, fashion. Nurses will not be aware or realize the importance of using them/Becoming them to guide their professional caring practices. Further, without a context to hold these practices, nurses have often devalued their caring work, taking it for granted, without a common language to “see,” articulate, act on, reinforce, and advance that work.

If nurses are committed to a model of professional caring-healing, going beyond conventional medicalized-clinical routines and industrial product-line views of nursing (and humanity), yet do not have a theoretical guide to honor, frame, discuss, develop, and advance their profession, a demoralized experience and despair set in over time (Swanson 1999). If this continues, there is little hope for the survival of professional nursing and its caring-healing practices.

### **Moving from Carative to Caritas - Transposed Caritas Processes:**

From the original 10 Carative factors emerged 10 Caritas Processes, making more connections between Caring –Love-Healing and transformative health care. The 10 Caritas Processes are as follows:

1. Humanistic-altruism - Practicing loving-kindness and equanimity for self and other
2. Being authentically present; enabling/sustaining/honoring deep belief system and subjective world of self/other
3. Cultivating one's own spiritual practices; deepening self-awareness, going beyond "ego-self "
4. Developing and sustaining a helping-trusting, authentic caring relationship
5. Being present to, and supportive of, the expression of positive and negative feelings as a connection with deeper spirit of self and the one-being-cared-for
6. Creative use of self and all ways of knowing/being/doing as part of the caring process (engaging in artistry of caring-healing practices)
7. Engaging in genuine teaching-learning experiences within context of caring relationship— attend to whole person and subjective meaning; attempt to stay within other's frame of reference (evolve toward "coaching" role vs. conventional imparting of information)
8. Creating healing environment at all levels (physical, nonphysical, subtle environment of energy and consciousness whereby wholeness, beauty, comfort, dignity, and peace are potentiated (Being/Becoming the environment)
9. Reverentially and respectfully assisting with basic needs; holding an intentional, caring consciousness of touching and working with the embodied spirit of another, honoring unity of Being; allowing for spirit-filled connection
10. Opening and attending to spiritual, mysterious, unknown existential dimensions of life- Death and suffering;"allowing for and open to a miracle"\*

From an academic scholarly standpoint related to knowledge development and theory evolution, one can consider that I used the technical process of concept derivation (Walker and Avant 2005) and extension in transposing and redefining Carative Factors to Caritas Processes. That is, in working within the original field of Nursing and Carative thinking, I sought to redefine Carative from the parent field, Nursing, to the new field of Caring Science with its explicit ethic, worldview, and so on.

Thus, once the Carative concept was transposed from nursing per se to Caring Science, Caritas/Caritas Processes emerged as a more meaningful concept, generating new connections between Caring and Love. The broader field of Caring Science and its expanded cosmology of unity, belonging, and infinity of the universal field of Love allowed for a more meaningful redefinition for the phenomenon of Caritas Nursing to result. As the transposition from Carative Nursing to Caritas Caring Science occurred, a new vocabulary for an ontological phenomenon was revealed, allowing for new ways of thinking about caring and inviting a new image, even a metaphor, of caring-healing practices to develop. Further, the new notion of Caritas offers a new vocabulary/phenomenon for an area of inquiry, leading to additional theorizing and knowledge development at the disciplinary level of nursing and Caring Science.

While each of the original Carative Factors has been transposed and extended into the new language of Caritas, several core principles are the most essential with respect to a change in consciousness. These five cultivated areas of Caritas are those that help distinguish the core differences between the notions of Carative and Caritas.

#### **Core Principles/Practices: From Carative to Caritas**

- Practice of loving-kindness and equanimity
- Authentic presence: enabling deep belief of other
- Cultivation of one's own spiritual practice—beyond ego
- "Being" the caring-healing environment
- Allowing for miracles.

In moving from the concept of Carative to Caritas, I am overtly evoking Love and Caring to merge into an expanded paradigm for the future. Such a perspective ironically places nursing in its most mature paradigm while

reconnecting with the heritage and foundation of Nightingale. With Caritas incorporated more explicitly, it locates the theory within an ethical and ontological context as the starting point for considering not only its science but also its societal mission for humanity. This direction makes a more formal connection between caring and healing and the evolved human consciousness. The background for this work is available in Watson (2004a).

### **Emergence of Caritas Nursing and the Caritas Nurse**

My evolution toward Caritas Processes is intended to offer a more fluid language for understanding a deeper, more comprehensive level of the work, as well as guidance toward how to enter into, interpret, sustain, and inquire about the intention and consciousness behind the original Carative Factors. Moreover, Caritas captures a deeper phenomenon, a new image that intersects professional-personal practices while opening up a new field of inquiry for nursing and Caring Science.

However, as one steps into this new work, it is important to consider both the original CFs and the evolved CPs holographically, in that the whole is in any and every part. So, all the factors/processes are present in a given caring moment.

What is emerging throughout this shift to Caritas Processes is an acknowledgment of a deeper form of nursing: Caritas Nursing and the Caritas Nurse. As the work evolves and as each nurse evolves, we learn throughout this book that the more evolved practitioner (working from the higher/deeper dimensions of humanity and evolving consciousness) can be identified as a Caritas Nurse, or one who is practicing or at least cultivating the practices of Caritas Nursing. Another way to identify a Caritas Nurse is as one who is working from a human-to-human connection—working from an open, intelligent heart center\* rather than the ego-center. This caring consciousness orientation informs the professional actions and relationships of a Caritas Nurse, even while she or he is engaged in the required routine or dramatic, practical-technical world of clinical practices. For example, in considering CF 1: Humanistic, altruistic value systems, one may wonder what is behind and underneath such a value system that allows it to manifest professionally in one's actions. How is such a value system to be cultivated and sustained for professional caring practices? What personal practices can prepare one for entering into and manifesting this value system throughout one's career?

My response is that this value system comes to life when one cultivates the ongoing practice of Loving-Kindness and Equanimity, a form of cultivated mindfulness awareness/meditation, a practice that opens and awakens the compassionate, forgiving love of the heart center. This preparation can take the form of daily practice of offering gratitude, of connecting with nature; the practice of silence, journaling, prayer; asking for guidance to be there for another when needed. As a prelude, Caritas Nursing requires cultivation of higher, deeper consciousness, working more and more to awaken the heart-centered awareness upward to the higher consciousness, bringing one's full and open self into any caring occasion.

This work is related not only to caring but also to the health and healing of practitioner as well as patient. If "health is expanded consciousness," as Newman posits (Newman 1994), then what is the highest level of consciousness? It is Love in the fullest universal, cosmic sense. What is the greatest source of Healing? It, too, is Love. So, in cultivating the practice of loving-kindness toward self and other, one is opening his or her heart; one is heightened to give and receive, to be present to what is presenting itself in one's life; to open to exercising and receiving grace, mercy, forgiveness, and so on. Thus, one can better appreciate the gifts of giving and receiving, being there for another person to offer presence, loving consciousness, and informed moral caring actions in the midst of suffering, despair, love, hate, illness, sorrow, questions, trauma, unknowns, fears, hopes, and so on. In this personal/professional caring work, one cultivates an acceptance, a level of humility, before the mystery of it all—opening to it with equanimity, compassion, and mercy as part of the human condition. This level of consciousness with which to enter and sustain professional caring in nursing, while honoring our deep humanity, is founded on a very different model than conventional nursing and medicine.

This mode of Caritas thinking invites a total transformation of self and systems. In this model of Caring Science, the changes occur not from the outer focus on systems but from that deep inner place within the creativity of the human spirit. Here is where the deep humanity, the individual heart and consciousness of practitioners, evolves and connects with the ultimate source of all true re-formation/transformation.

While the original Carative Factors remain relevant and accessible for first-level concrete entry into the work, once one grows with the ideas and

their evolution, it is hoped that one moves more fully into a knowing that is behind the original material and enters a more profound level of insight, personal/professional growth, understanding, and wisdom. At the same time, the shift allows for nurses and nursing to evolve toward accessing a more fluid, expressive language for comprehending and articulating the deeper meaning behind the original factors.

### **CARING and LOVE**

Caritas comes from the Latin word meaning to cherish, to appreciate, to give special, if not loving, attention to. It represents charity and compassion, generosity of spirit. It connotes something very fine, indeed, something precious that needs to be cultivated and sustained.

Caritas is closely related to the word “Carative” from my original (1979) text on Caring Science.

However, now, using the terms Caritas and Caritas Processes, I invoke intentionally the “L” word: Love, which makes explicit the connection between caring and love, Love in its fullest universal infinite sense developed in the philosophy of Levinas (1969) and explored in my 2005 text *Caring Science as Sacred Science*. Bringing Love and Caring together this way invites a form of deep transpersonal caring. The relationship between Love and Caring creates an opening/alignment and access for inner healing for self and others. While health may be considered to represent expanding consciousness, Love is the highest level of consciousness and the greatest source of all healing in the world. This connection with Love as a source for healing extends from the individual self to nature and the larger universe, which is evolving and unfolding. This cosmology and worldview of Caring and Love—Caritas—is both grounded and metaphysical; it is immanent and transcendent with the co-evolving human in the universe (Watson 1999, 2004a).

It is when we include and bring together Caring and Love in our work and our lives that we discover and affirm that nursing, like teaching, is more than a job. It is a life-giving and life-receiving career for a lifetime of growth and learning. It is maturing in an awakening and an awareness that nursing has much more to offer humankind than simply being an extension of an outdated model of medicine and medical-techno-cure science. Nursing helps sustain human dignity and humanity itself while contributing to the

evolution of human consciousness, helping to move toward a more humane and caring moral community and civilization.

As nursing more publicly and professionally asserts these positions from a Caring Science context for its theories, ethics, and practices, we are invited to relocate ourselves and our profession away from a dominant medical science mind-set. Further, we are asked to reconnect nursing's disciplinary source to its noble heritage, within both an ancient and an emerging cosmology—a cosmology that invites and welcomes the energy of universal caring and love back into our lives and world. Such thinking calls forth a sense of reverence and sacredness with regard to our work, our lives, and all living things. It incorporates art, science, and spirituality as they are being redefined.

As we enter into a maturing of Caring Science and evolved Caritas Processes as a professional-theoretical map and guide, we are simultaneously challenged to relocate ourselves in these emerging ideals and ideas, and question for ourselves how this work speaks to us as a discipline and a practice profession. Each person is asked, invited, if not enticed, to examine, explore, challenge, and question for self and for the profession the critical intersections between the personal and the professional.

This revised work calls each of us into our deepest self to give new meaning to our lives and work, to explore how our unique gifts, talents, and skills can be translated into compassionate human caring–healing service for self and others and even the planet Earth. It is hoped that at some level this work will help us all, in the caring-healing professions, to remember who we are and why we have come here to do this work in the world.

**Value Assumptions of Caritas (adapted from Watson 1985:32)**

- Caring and Love are the most universal, tremendous, and mysterious cosmic forces; they comprise the primal and universal source of energy.
- Often this wisdom is overlooked, or we forget, even though we know people need each other in loving and caring ways.
- If our humanity is to survive and if we are to evolve toward a more loving, caring, deeply human and humane, moral community and civilization, we must sustain love and caring in our life, our work, our world.

- Since nursing is a caring profession, its ability to sustain its caring ideals, ethics, and philosophy for professional practices will affect the human development of civilization and nursing's mission in society.
- As a beginning, we have to learn how to offer caring, love, forgiveness, compassion, and mercy to ourselves before we can offer authentic caring and love to others.
- We have to treat ourselves with loving-kindness and equanimity, gentleness and dignity before we can accept, respect, and care for others within a professional caring-healing model.
- Nursing has always held a caring stance with respect to others and their health-illness concerns.
- Knowledgeable, informed, ethical caring is the essence of professional nursing values, commitments, and competent actions; it is the most central and unifying source to sustain its covenant to society and ensure its survival.
- Preservation and advancement of Caring Science values, knowledge, theories, philosophies, ethics, and clinical practices, within a context of an expanding Caritas cosmology, are ontological, epistemological, and clinical endeavors; these endeavors are the source and foundation for sustaining and advancing the discipline and profession.

### **Return to Love as the Basis for Caritas Consciousness and Gratitude Toward Self-Others**

In a world like ours, where death is increasingly drained of meaning, individual authenticity lies in what we can find that is worth living for. And the only thing worth living for is love. Love for one another. Love for ourselves. Love of our work. Love of our destiny, whatever it may be. Love for our difficulties. Love of life. The love that could free us from the mysterious cycles of suffering. The love that releases us from our self-imprisonment, from our bitterness, our greed, our madness-engendering competitiveness. The love that can make us breathe again. Love a great and beautiful cause, a wonderful vision. A great love for another, or for the future. The love that reconciles us to ourselves, to our simple joys, and to our undiscovered repletion. A creative love. A love touched with the sublime. (Okri 1997:56– 57)

Caritas Process—Cultivating the Practice of Loving -Kindness and Equanimity toward Self and Other as Foundational to Caritas Consciousness When love moves through us it inspires all we do. Love and compassion must begin



with kindness toward ourselves. One of the greatest blocks to loving kindness is our own sense of unworthiness. Kornfield (2002:95, 101, 100)

The Carative Factor: Formation of Humanistic-Altruistic Values system continues to lay the foundation as a starting point for Caring Science.

As a given, caring must be grounded within a set of universal human values—kindness, concern, and love of self and others. As one matures into a professional model that focuses on caring-healing and health in its broadest and deepest dimensions, such as the timeless mission of nursing, one must cultivate an awareness and intentionality to sustain such a guiding vision for one's life and work. This factor in its original and evolved sense honors the gift of being able to give and receive with a capacity to love and appreciate all of life's diversity and its individuality with each person. Such a system helps us to tolerate difference and view others through their subjective worldview rather than ours alone.

Regardless of whether one is conscious of one's own philosophy and value system, it is affecting the encounters, relationships, and moments we have with our self and others. These humanistic-altruistic values can be developed through a variety of life experiences: early childhood, exposure to different languages and cultures, history, as well as film, drama, art, literature, and other creative expressions of humanity and personal growth experiences. These emotions of love, kindness, gentleness, compassion, equanimity, and so on are intrinsic to all humans. These emotions and experiences are the essence of what makes us human and what deepens our humanity and our connection with the human spirit. This awareness is what connects us with the "Source" from which we draw our sacred breath for life itself. It is here where we access our energy and creativity for living and being; it is here, in this model, that we yield to that which is greater than our individual ego-self, reminding us that we belong to the universe of humanity and all living things. For this original Carative Factor (CF) to evolve and mature in its manifestation, we are now called, invited, and challenged to take it to a deeper level in our maturity, our awareness, our experiences and expressions. This is a path of deepening who and what we are that prepares us for a lifelong commitment to caring-healing and compassionate human service. Thus, the evolution/extension of the original CF has been both sustained and transcended. The original CFs and evolved Caritas Processes are considered

the bedrock and most basic foundation for preparing practitioners to engage in and practice the Philosophy, Science, (and ethic) of Caring.

### **Seminal Theoretical- Research Foundation for Caring Science/Theory of Human Caring: CARITAS / CARING RELATIONSHIP**

Several conceptual and theoretical nursing/health-science frameworks link caring relationship with healing and broad health outcomes. The Caring Science context of my work has provided a foundation for research, practice, education, and nursing administration since the original text in 1979. This work has continued to evolve as theory of human caring and the importance of a transpersonal caring relationship with respect to healing.

Within the context of a caring-healing relationship, the Caring Science model posits an energetic nature for Caritas Consciousness: that caring consciousness emanates an energy that radiates from one party to the other. It alters the field in the moment, helping patients access their inner healing potential. This healing potential is a natural process that has to do with “being-in-right-relation” (Quinn 1989). The caring relationship in this context preserves human dignity, wholeness, and integrity; it is characterized by the nurse’s mindful, intentional presence and choice, in that the nurse can choose how to be in a caring moment. That decision can affect the relationship, for better or for worse. The transpersonal nature of the caring relationship occurs when the nurse is able to connect with the spirit of the other, that which is behind the patient, thus opening to a spirit- to-spirit connection that goes beyond the moment and becomes part of the universal, complex pattern of both their lives. The nurse and the patient carry those moments into their future, which informs their next experiences, perceptions, and so forth. Thus, both the nurse and the patient are changed as a result of the relationship and the nature of the experience (Watson 1985).

The transpersonal nature of the experience is connected with the nurse’s ability to be authentically present in a way that reaches out to the other, transcending ego. This is the source of compassion, when one is able to connect transpersonally. The concepts of transpersonal and compassion are captured by Jack Kornfield: “Compassion arises naturally as ‘quivering of the heart’ in the face of pain, ours and another’s.

True compassion is not limited by the separateness of pity, nor by the fear of being overwhelmed. When we come to rest in the great heart of

compassion, we discover a capacity to bear witness to, suffer with, and hold dear with our own vulnerable heart the sorrow and beauties of the world” (2002:103).

**Transpersonal Caring Relationship** (Parts of this section are extracted from Watson 2004a. 79)

The theoretical views on the Transpersonal Caring Relationship are consistent with the emphasis on Caritas Consciousness as part of the fourth Caritas Process (CP), while making connections with other extant nursing theory. Other contemporary nursing theories provide a view consistent with transpersonal, Caritas/Caring Consciousness notions discussed here.

Newman and colleagues (1991) posited a unitary, transformative paradigm to contain nursing practice and research. In such a paradigm a phenomenon is viewed as a unitary, self-organizing field embedded in a larger, self-organizing field. Knowledge is personal and involves pattern recognition. It includes perceptions and what I would call the “phenomenal field”— the subjective and intersubjective meanings of both participants. Thus, any phenomenon has to be viewed as a whole, not as an additive sum of the parts to make a whole. These notions of interconnection, as well as holographic unitary views of the universe, are consistent with the theoretical dimensions of a transpersonal caring relationship. Newman’s views of “health as expanding consciousness” and Martha Rogers’s Unitary Science (Rogers 1970, 1994) are consistent with Caritas Consciousness in that caring and love call upon higher levels of consciousness for professional nursing and make connections between caring and healing/health/wholeness outcomes, transcending conventional outcomes of curing alone.

A transpersonal caring relationship is guided by an evolving Caritas Consciousness. It conveys a concern for the inner life world and subjective meaning of another; that other is fully embodied, that is, embodied spirit. The notion of transpersonal invites full loving-kindness and equanimity of one’s presence-in-the-moment, with an understanding that a significant caring moment can be a turning point in one’s life. It affects both nurse and patient and radiates out beyond the moment, connecting with the universal field of infinity to which we all belong, and in which we dwell. Thus, the moment lives on. Such an authentic spirit-to-spirit connection in a given

moment transcends the personal ego level of professional control and opens the nurse's intelligent heart and head to what is really emerging and presenting itself in the now-moment. The transpersonal Caritas Consciousness nurse is more open, responsive, and sensitive to what is occurring—more able to “read the field,” to pick up on subtleties in the field, to use all resources and draw upon all ways of knowing: empirical-technical, ethical, intuitive, personal, aesthetic, even spiritual knowing. She or he is more able to enter into and stay within the other person's frame of reference; to shift from the functional, often routine, set procedure, agenda, or task and “see” and “hear” verbal and nonverbal cues; to attend to what is most important for the person behind the patient and the procedure. The nurse is alert and responsive to what is present and emerging for the other in this given-now- moment.

This shift of awareness and the ability to be present-in-the-now, in this moment, do not preclude the nurse from performing necessary tasks or procedures. Rather, transpersonal Caritas Consciousness actually expands the caring; indeed, in some, if not many, instances, transpersonal Caritas Consciousness, this acquired skill of being present-in-the-now, reduces the demands for caring. The care that is offered becomes more accurate, more focused, more appropriate, and generally more fulfilling for both nurse and patient. It can be healing, life giving, and life receiving. Transpersonal Caritas Consciousness and relationship call for an authenticity of Being and Becoming—more fully human and humane, more openhearted, compassionate, sensitive, present, capable; more competent as a human; more able to dwell in silence, to engage in informed moral actions with pain, discomfort, emotional struggles, and suffering without turning away. These competencies, this consciousness, are related to the other Caritasive Factors and Caritas Processes and exist at the ethical, moral ontological level and demand for professional nursing caring practice. This consciousness offers a common search for meaning for healing, for relationships of all kinds, for illness, pain, suffering, loss, death, vulnerability, and so forth.

The common ineffable human experiences we all share are those human tasks related to how to live and how to face death and dying, whether our own struggles for living and dying or those of a stranger, a patient, or a loved one. These are the Caritas quests for the deep reality we face in the nursing profession. Often, these are the unstated, underdeveloped, anonymous

ethical human tasks we ultimately have to face and explore from within and then call upon in the professional work of caring-healing.

These are the deep tasks and human realities all health professionals face; this work ultimately involves human ontological caring competencies. Ultimately, this work requires turning toward what Stephen Mitchell noted as “the source and essence of all things, the luminous intelligence that shines from the depths of the human heart: the vital, immanent, subtle, radiant X ... named by the ancients as ‘unnamable reality’; ‘that which causes everything to exist’ ” (1994:xiv). A turn toward “facing our humanity” and that of another, in the deep ethical sense meant by Levinas (1969), is the only way to sustain humanity across time; in this instance it is the source for sustaining Caring and Love and perhaps even the survival of the profession we know today as nursing.

By bringing attention to Caritas Consciousness, Caritas Processes, and refined Carative Factors, we are brought full circle—back to the deeply human and spirit-filled nature of professional nursing and an acknowledgment of the spiritual, mysterious, and sacred dimensions often silently residing in the margins of our work and our life. These dimensions cannot be ignored in a Philosophy and Science of Caring with an evolved Caritas Consciousness toward self and all of humanity. Continual spiritual growing and maturing are part of the journey of transpersonal awareness and Caritas Consciousness Nursing. It is a lifelong journey.

[W]e learn from one another how to be human by identifying our self with others, finding their dilemma in ourselves. What we all learn from this is self knowledge. The self we learn about ... is every self. It is universal human self. We learn to recognize ourselves in others. [It] keeps alive our common humanity and avoids reducing self or other to the moral status of object.

(Watson 1985:59–60)

### **Assumptions of a Caritas Nurse: Transpersonal Caritas Consciousness Relationship**

- The Caritas Nurse has a moral commitment to society and humanity. She or he is able to manifest an intentionality and Caritas Consciousness in relation with self and other to protect, enhance, promote, and preserve human dignity and wholeness.

- The Caritas Nurse affirms the subjective-spiritual significance of self and other while seeking to sustain caring in the midst of threat and despair, be it biological, institutional, or other.
- The Caritas Nurse honors an I-Thou relationship, not an I-It relationship.
- The Caritas Nurse seeks to recognize, honor, and accurately detect the spirit of the other through genuine presencing, being centered, available in the now-moment.
- Through actions, words, voice, nonverbal presence, thoughts, feelings, and full use of self, the Caritas Nurse connects with the other.
- The Caritas connection may occur through intentional yet authentic acts, movements, gestures, facial expressions, procedures, information giving, touch, voice, tone of voice, type of touch, soothing sounds, verbal expressions, and/or scientific technical skills that communicate caring to the other. All these forms of professional and personal human communications and actions contribute to the transpersonal caring connection.
- The Caritas Nurse is not expected to have a transpersonal caring connection or caring moment with every patient. But Caritas Consciousness is held as a professional ideal to guide one's moral, ethical commitment and intentionality with each patient and sustain nursing's caring mission and covenant with society.

### **A Caring Moment**

With every moment's light, may something beautiful be revealed to me, and become a part of who I am.

(Marianne Williamson)

A central component of the theory of transpersonal caring and Caritas Consciousness, already emphasized, is that it manifests as a special human-to-human connection in a given Now, in the moment, and becomes part of both individuals who experience it. This is referred to in my theoretical work as a "Caring Moment." The caring moment in-the-Now takes place when the nurse connects at a spirit-to-spirit level with another, beyond ego, personality, physical appearance, disease, diagnosis, even presenting behavior; the nurse seeks to "see" who this spirit-filled person is as she or he "reads the field" in that instance. The Caritas Nurse in a caring moment is using all of his or her skill, knowledge, resources, and ways of knowing. In connecting this way, the moment becomes transcendent. This kind of moment is a focal experience in space and time, but a caring moment of connection in-the-Now

transcends a sense of time and space; it has a field greater than the individuals who experience it. The connection goes beyond itself yet arises from itself in the moment, and it becomes part of the life history of each person and of the larger, complex pattern of life and the universe (Watson 1985).

### **Holographic Premises of Caritas Consciousness / Relationship (Watson 2005, 2008)**

- The totality of Caritas Consciousness is contained and communicated in a single caring moment.
- The one-caring and the one-being-cared-for are connected with each other and the unified field of the universe to which we all belong.
- The Caritas Consciousness of the nurse is communicated to the other.
- Caritas Consciousness and the caring moment are transpersonal, in that they exist through time and space and are dominant over physical care alone.
- Caritas Consciousness transcends the moment; thus, it has possibilities that affect both people beyond the moment.

### **Extant Caring Literature: Consistent with Transpersonal Caritas Consciousness Intentionality**

Intentions remind us of what is important. ... [I]ntention informs our choices and our actions. ... [O]ur intentions serve as blueprints, allowing us to give shape and direction to our efforts ... and our lives.

Kabat-Zinn and Kabat-Zinn (1997:381)

Thinking related to intentionality connects with the concept of consciousness, energy ... [I]f our conscious intentionality is to hold [Caritas] thoughts that are caring, loving, open, kind, and receptive, in contrast to an intentionality to control, manipulate and have power over, the consequences will be significant ... based on the different levels of consciousness ... and the energy associated with the different thoughts.

(Watson (1999:121; [Caritas] added in 2006)

Smith (1992) conducted an elaborate analysis of the extant caring literature using a Unitary Science lens. This perspective is consistent with the transpersonal dimensions discussed earlier, in that the unitary field of infinity is the context, transcending any given separate event and connecting all the parts to the whole. Her exploration of caring within this broader unitary field resulted in the identification and description of five constituents of caring:

1. Manifesting intention
2. Appreciating pattern
3. Attuning to dynamic flow
4. Experiencing the infinite
5. Inviting creative emergence.

Basically, Smith's analysis revealed shared themes across the different

theoretical-philosophical writings on caring in nursing. When caring literature was explored within the unitary field of science, these were prominent features. They transcended the different authors and theories when lifted to a higher/deeper order of examination. These dimensions and ways of seeing some of the universals of what manifests in a given caring moment can be considered transpersonal; that is, the concepts of manifesting intentions, appreciating pattern, attuning to dynamic flow (in the moment), inviting creative emergence, and experiencing the infinite are all operating as part of the holographic notions experienced in Caritas Consciousness and a Transpersonal Caring moment.

Notions of intentionality and its manifestation refer to a deep focus on a specific mental object of attention and awareness. Smith defined manifesting (caring) intentions as creating, holding, and expressing thoughts, images, feelings, beliefs, desires, will (purpose), and actions that affirm possibilities for human betterment or wellbeing (1992:14–28). Within the Caritas context, expressions of caring intentions could further include centering on the person in-the-now moment; holding loving consciousness for preserving the person's wholeness, dignity, integrity; having reverence for what is emerging from the subjective inner processes; and approaching others with authentic presence, open to creative participation with infinity (Watson 2005).

While it is neither possible nor likely that these features will be present all the time, what happens in a caring moment does affect both parties, for better or for worse. The next section addresses the classic research of Halldorsdottir (1991), which helps us understand the for-better-or-for-worse outcomes of caring-non-caring for patients and nurses.



### **Halldorsdottir Model: From Non-Caring to Caring/ Biocidic to Biogenic (Caritas) Caring**

Halldorsdottir's (1991) classic, clinical research led to a classification of nurse patient relationships, based on the patients' experience, that allows us to grasp the continuum from uncaring to caring, which perhaps we can extend to Caritas Consciousness and add the continuum from non-healing to healing (Quinn et al. 2003).

- Biocidic—life destroying (toxic, leading to anger, despair, and decreased well-being)
- Biostatic—life restraining (cold, or patient treated as a nuisance)
- Biopassive—life neutral (apathetic or detached)
- Bioactive—life sustaining (classic nurse-patient relationship as kind, concerned, and benevolent)
- Biogenic—life giving and life receiving for both patient and practitioner the highest level of caring (consistent with transpersonal caritas views and relationship between caring and healing for self/other).

The biogenic mode is closely aligned with notions of transpersonal and Caritas Consciousness in a caring-healing relationship. As Halldorsdottir put it: This [biogenic; transposed here as Caritas model] involves loving, benevolence, responsiveness, generosity, mercy and compassion. A truly life-giving presence offers the other interconnectedness and fosters spiritual freedom. It involves being open to persons and giving to the very heart of man [sic] as person, creating a relationship of openness and receptivity, yet always keeping a creative distance of respect and compassion. The truly life-giving or biogenic presence restores well-being and human dignity; it is a transforming, personal presence that deeply changes one. (Halldorsdottir 1991:44).

She continued, "For the recipient there is experienced an in-rush of compassion ... like a river, and there is a transference of positive energy, strengthening, inspiring. ... This life giving presence is greatly edifying for the soul of the other" (Halldorsdottir 1991:46).

This biogenic relationship parallels Watson's "transpersonal caring moment" (cited in Quinn et al. 2003) and its evolution here toward Caritas Consciousness and Processes as the basis for an authentic caring healing relationship (Watson 2004a). For example, Halldorsdottir's research describes

one patient as saying: “[T]he sense is somehow that your spirit and mine have met in the experience. And the whole idea [is] that there is somebody in the hospital who is with me, rather than working on me” (Halldorsdottir 1991:44).

### **Florence Nightingale as Original Theoretical Foundation for Caring / Caritas Consciousness Relationship**

I would be remiss if I did not acknowledge the source and origin of caring-healing relationships in the ultimate sense that it is really nature that cures. Nightingale’s well-known mandate is the common knowledge that the role of the nurse is to put the patient in the best condition for nature to act upon him or her (Nightingale 1969). It is assumed that we can now make new connections (from Nightingale forward to contemporary nursing literature to new science models): these caring, healing, loving relationships are natural; and, in Nightingale’s model, such a relationship puts the person in the best condition for nature to act upon him or her. Indeed, in this Caritas Nursing model of Caring Science, it is the Caritas Consciousness within the relationship that guides professional actions, all of which contribute to healing and wholeness.

A related theoretical research document posited that “[t]he human to human relationship has the capacity to mediate a host of psychophysiological processes for better or for worse. ... The biogenic or healing relationship assists in creating the conditions by which the innate tendency toward the emergence of healing is facilitated and enhanced in terms of renewal, order, increased coherence and transformation—the Haelan effect in Quinn’s framework” (Quinn et al. 2003:A75).

Likewise, one can posit the opposite; that is, patient-nurse relationships in which increased fear, anxiety, anger, despair, depression, and so on are present can be thought of as “unhealing” or, according to Halldorsdottir’s research, biocidal or biocidic—the opposite of biogenic, life-giving, life-receiving relationships. In addition to the nursing theoretical frameworks that support Caritas Consciousness in transpersonal caring-healing relationships, there is well-established “literature in psychoneuroimmunology, social support, love, and chaos and system theories which affirm[s] this perspective. Both social support and love have been shown to affect health status” (Quinn et al. 2003:A75). A theoretical statement that seems to connect all

the notions put forth here about caring transpersonal relationships, Caritas Consciousness, evolving consciousness, healing, wholeness, natural process, love, and so on is summarized in a quote from Quinn and colleagues: “The healing relationship might be viewed as a type of critical social support, and as a particular kind of love, offered in moments of intense disequilibrium and vulnerability. It is, perhaps, the added energy in the system that allows the patient to emerge out of the chaos into a higher order—in other words, healing” (Quinn et al. 2003:A75).

In summary, Caring Science Theory and Scholarship provide a transformative framework for the maturing of nursing as a distinct discipline and profession for this century and beyond.

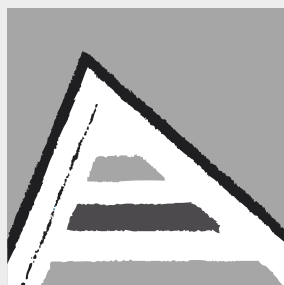
It is a privilege to participate in helping to create new philosophies, ethics, theories, practices and research and clinical scholarship in Caring Science and theory of human caring. Indeed, I most proud and honored to accept this Honorary Degree from Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, Spain, and I humbly thank all my colleagues here and around the world for furthering their work in human caring to better serve society and the world at this time.

My deepest gratitude and sincere thanks for the opportunity to share my journey into caring science and theory of human caring and for recognizing my scholarship and its impact on nursing in this 21st century generation of nurses and health care.



***Conferencia impartida por la doctora  
Afaf Ibrahim Meleis con motivo de su  
investidura como Doctora Honoris Causa  
por la Universitat d'Alacant***

***Sesión académica extraordinaria,  
28 de enero de 2014***





***Conferencia impartida por la doctora  
Afaf Ibrahim Meleis con motivo de su  
investidura como Doctora Honoris Causa  
por la Universitat d'Alacant***

***Sesi3n acad3mica extraordinaria,  
28 de enero de 2014***



Universitat  
d'Alacant



## **Doctora Alaf Ibrahim Meleis**

*Doctora Honoris Causa por la Universidad de Alicante (2014)*

*Profesora de enfermería y sociología en la Universidad de Pensilvania, fue nombrada la Margret Bond Simon Dean of Nursing and Director of the School's WHO Collaborating Center for Nursing and Midwifery Leadership desde 2002 a 2014. Después de 34 años de trabajo como profesora en la Universidad de California, San Francisco y Los Ángeles.*

*La Dra. Meleis es una enfermera científica y socióloga médica de renombre internacional. A lo largo de cinco décadas, sus contribuciones académicas han informado a generaciones de enfermeras de todo el mundo y han influido en sus programas de formación, práctica e investigación, programas de educación, práctica e investigación. Sus escritos e investigaciones han hecho avanzar los conocimientos en materia de salud mundial, salud de la mujer, la práctica culturalmente competente, la educación interprofesional y el análisis epistemológico de la disciplina de la enfermería. Gran parte de su vida se ha dedicado a descubrir las experiencias y las voces de las mujeres vulnerables que se ven afectadas por las desigualdades sociales, la multiplicidad de funciones, las diferencias de remuneración y recompensas, y la brecha de género. Utilizó este conocimiento para redefinir el trabajo y las contribuciones de las mujeres y para desarrollar la Teoría de las Transiciones, que se utiliza en todo el mundo y se traduce en políticas, investigaciones y prácticas basadas en evidencia.*

*La Dra. Meleis es autora de más de 200 artículos publicados en revistas interdisciplinarias e internacionales revisadas por pares. También es autora de 50 capítulos, 7 libros y numerosas monografías, actas y documentos políticos. Sus libros siguen siendo utilizados a nivel nacional e internacional, entre los que destaca *Transitions Theory: Middle Range* y *Situation Specific Theories in Research and Practice* y varias ediciones del innovador*



*Theoretical Nursing: Development and Progress, cuya sexta edición se publicará en 2017. Su libro coeditado, "Women's Health and the World's Cities", examina de forma innovadora la relación entre la urbanización global y salud de las mujeres y es solo un ejemplo de su investigación de gran alcance, ya que se difundió ampliamente a través de redes internacionales, conferencias y lanzamientos, que a su vez inspiraron la colaboración y el cambio.*

*Un reflejo de la repercusión internacional del trabajo de la Dra. Meleis es su presencia en todo el mundo (en más de 40 países) consultas, conferencias magistrales invitadas y la tutoría de cientos de estudiantes, profesores, clínicos y administradores. Su liderazgo en el International Council on Women's Health Issues desempeñó un papel fundamental para inspirar de la salud de la mujer y en reunir a líderes mundiales para formar asociaciones que mejoren la vida de las mujeres. Su liderazgo también es evidente en los numerosos consejos y comités en los que participa activamente, incluido su papel como miembro del consejo de la Universidad Aga Khan y del Instituto Buck de Investigación sobre el Envejecimiento. Es miembro de la Academia Nacional de Medicina, donde copresidió su Foro Global sobre Innovación en la Educación Profesional de la Salud, así como miembro del consejo del programa de becas de la Fundación Josiah Macy Jr.*

*Copresidió la Comisión Harvard-Penn-Lancet sobre Mujeres y Salud, cuyos resultados se publicaron en un número completo de Lancet en 2015 fue sobre la salud de la mujer y la familia, que proporcionará a la Administración y al Congreso de EE.UU una hoja de ruta, el espectro de cuestiones que afectan a la salud de las mujeres y las familias a nivel mundial.*

*La Dra. Meleis ha recibido numerosos honores y premios, así como cátedras y doctorados honoríficos. Entre ellos, un doctorado en medicina por la Universidad de Linköping, Suecia; un doctorado honoris causa por la Universidad de Alicante, España; la distinguida Ciudadanía de Honor de Oporto, Portugal y el Premio Príncipe de Tailandia. En 2015 recibió el Premio a la Leyenda Viva de la Academia Americana de Enfermería y el Premio Sigma Theta Tau International Nell J. Watts Lifetime Achievement in Nursing Award, y fue admitida como Honorary Fellow en la National League for Nursing's Academy of Nursing Education. Más recientemente, fue admitida en el Salón de la Fama de las Mujeres del Condado de Marin, California. Recibió el premio Chancellor's Award de la Universidad de California en San Francisco Chancellor's Award y fue nombrada por la Carnegie Corporation como una de las grandes inmigrantes.*

*La Dra. Meleis se graduó Magna Cum Laude en la Universidad de Alejandría (1961), obtuvo un máster en enfermería (1964), un máster en sociología (1966) y un doctorado en psicología médica y social (1968) en la Universidad de California, Los Ángeles.*



***Discurso de investidura  
por la doctora Afaf Ibrahim Meleis***



Es un verdadero placer estar aquí con ustedes y recibir este grado de doctora *honoris causa*, que es un gran honor. Siempre recordaré este día especial, la festividad de Santo Tomás de Aquino, patrón de las universidades y estudiantes, que quedará grabado en mi memoria y en mi corazón para siempre.

Se afirma que Santo Tomás dijo: “Es mejor iluminar algo que solamente reflejarlo, así también es mejor transmitir a otros lo que hemos contemplado que solo contemplarlo”. A lo largo de la historia, los enfermeros han iluminado y defendido activamente la necesidad de ofrecer atención holística, accesible y de calidad a todas las poblaciones del mundo, independientemente de su estatus socioeconómico. Por tanto, al tiempo que acepto este gran reconocimiento personal, en realidad estoy aceptándolo en nombre de los enfermeros y enfermeras del público y en nombre de los enfermeros de España que han tenido un papel decisivo a la hora de ofrecer asistencia de calidad a millones de pacientes en Europa y en todo el mundo.

Y dado que he vivido en distintos países, me siento privilegiada por ser considerada una ciudadana del mundo. Y hoy, gracias a que han seleccionado a una inmigrante de Egipto y ciudadana de los Estados Unidos para recibir tan gran honor en este gran país que es España, también acepto este galardón en honor de los 16,7 millones de enfermeros del mundo (OMS, 2012).

Me gustaría hacer mención de la persona que me ha apoyado a lo largo de mi carrera y sin la cual no estaría aquí recibiendo este galardón: mi esposo, el Dr. Mahmoud Meleis.

Estar aquí con ustedes en esta magnífica sala y ser el centro de atención de esta ceremonia me induce a reflexionar con ustedes sobre cuánto ha progresado la disciplina de la enfermería y el impacto que tienen los conocimientos en enfermería en las políticas y la calidad de la asistencia que la gente recibe. Hemos avanzado mucho, pero hay que hacer mucho más para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Así pues, déjenme en primer lugar reflexionar sobre la educación en enfermería. Hicieron falta 100 años para pasar la educación de enfermeros del aprendizaje en el hospital, a la formación superior, a una auténtica educación universitaria basada en principios educativos sólidos. Esta educación se

convirtió en el impulso para los profesionales titulados que son responsables de sus actos y de los resultados de la asistencia.

Mientras que la educación universitaria para enfermeros es la norma en muchos países desarrollados y en desarrollo, por desgracia, hay países desarrollados, como Alemania y Francia, que aún niegan a los enfermeros una educación universitaria, lo cual tiene un impacto en la calidad de la atención a los pacientes. Se ha demostrado que el nivel educativo marca la diferencia en la salud y la asistencia sanitaria de las personas. Marca la diferencia en las tasas de morbilidad y mortalidad, así como en las tasas de recuperación.

Como profesionales formados hicimos preguntas importantes e ignoradas sobre la salud y la enfermedad. También descubrimos que hay muchas lagunas de conocimiento sobre la calidad de la atención que ofrecemos a los pacientes, las familias y las poblaciones. No había pruebas científicas sobre los modelos de asistencia. Se hizo imprescindible preparar a los enfermeros como teóricos, científicos y educadores.

La formación de grado y postgrado para enfermeros es ahora la norma en EE.UU., Australia, los países escandinavos, Oriente Medio, Asia y América Latina. Tuve el privilegio de dar clase a los estudiantes de grado y postgrado en muchos de esos países, así como en Portugal y España. Y me impresionó la calidad de la educación, el liderazgo de los titulados y el impacto de su trabajo en el bienestar de las poblaciones.

Gracias a los titulados de estos programas avanzados, que desarrollaron sólidos programas de investigación, la práctica se basó más en las pruebas científicas y en la opinión clínica sólida que en la experiencia y la costumbre únicamente. Y gracias a estos científicos y teóricos bien formados se desarrollaron mejores políticas de asistencia sanitaria para sustituir las políticas arcaicas que no daban prioridad al paciente y su salud y a la calidad de la atención que reciben.

He aquí ejemplos de cómo la ciencia y la teoría han afectado a la calidad de la atención así como a las políticas de asistencia sanitaria.

- Ahora se permite a las familias estar con los pacientes durante la atención en urgencias y en la sala de recuperación. Las pruebas demostraron que la

recuperación de los pacientes mejora mucho con el apoyo que reciben de sus familias.

- La práctica de contener al paciente de pies y manos en la cama resultó ser para el beneficio del profesional de la salud y menos beneficioso para los pacientes. Por tanto, se establecieron y aplicaron políticas para disminuir o eliminar dicha práctica.
- Los hospitales que utilizaron de forma exitosa equipos de enfermeros y médicos como iguales tuvieron menos infecciones, menos caídas y mejor recuperación.
- Para los pacientes dados de alta de los hospitales, utilizando modelos de atención de transición como llamadas telefónicas, visitas a domicilio y seguimiento, había un mayor cumplimiento de los protocolos de atención y menos costes de reingreso.
- Los programas de investigación de Suecia nos ofrecen pruebas basadas en modelos de atención para tratar la demencia y las enfermedades crónicas en las personas mayores.
- También tenemos modelos de atención probados para la gestión del dolor, los cuidados paliativos y la asistencia a pacientes terminales.
- También tenemos teorías bien probadas y desarrolladas sobre distintos modelos de interacciones, mejores enfoques a los cuidados personales y estrategias para un envejecimiento saludable.
- Se desarrollaron modelos preventivos para el VIH y el SIDA en minorías adolescentes y éstos fueron probados y aplicados teniendo como resultado un descenso de las infecciones en EE.UU., Botsuana y Sudáfrica.
- Las mujeres tienen más poder para afrontar los malos tratos en sus familias. Se establecieron refugios para apoyarlas. Se han aprobado más políticas y legislación para proteger a las mujeres de los malos tratos. Recientemente, por ejemplo, las organizaciones humanitarias, tales como CARE, han abogado por una legislación de dos partidos, llamada la Ley Internacional sobre la Violencia contra las Mujeres (IVAWA). Esta legis-

lación garantizaría que todos los aspectos de la asistencia a extranjeros en EE.UU. tuvieran en cuenta la violencia de género a la hora de aplicar proyectos y así las diversas agencias que trabajan en temas de violencia de género podrían coordinar mejor sus esfuerzos.

Debemos seguir en esta línea de mejora de la calidad de las políticas asistenciales y de sanidad y coordinar mejor nuestros conocimientos y esfuerzos de mejora. Nos enfrentamos a muchos desafíos mundiales nuevos que requerirán la colaboración entre las ciencias. Y ahora que los enfermeros están bien formados, pueden trabajar conjuntamente como iguales para abordar algunas de estas cuestiones. Aquí ofrezco tres: Envejecimiento, urbanización y cambios medioambientales.

**Envejecimiento** – Por primera vez en la historia documentada, las personas mayores de 65 superarán en número a los niños menores de 5 años. La Organización Mundial de la Salud calcula que para el año 2025, la población mundial de personas de 60 años o más será de 2.000 millones. Actualmente, esta población es de 650 millones. El aumento de la esperanza de vida es testimonio de la mejora en la salud mundial. No obstante, plantea muchos retos tales como la mayor demanda de asistencia sanitaria y recursos económicos.

Por ejemplo, los cambios en las estructuras familiares tienen un impacto sobre el cuidado de los mayores. Las estructuras familiares se están transformando porque las personas ahora viven más tiempo y tienen menos hijos, dejando a las personas mayores menos opciones para el cuidado. Además, una perpetuación de la discriminación por razones de edad, o prejuicios contra los mayores, les deniega los derechos y oportunidades disponibles a otros adultos.

Debido al aumento del envejecimiento están surgiendo nuevos retos económicos. El envejecimiento de la población tendrá efectos drásticos en los programas de ayuda social, tales como los sistemas de pensiones y seguridad social, así como la oferta de mano de obra, el comercio y el ahorro en todo el mundo y puede requerir nuevos planteamientos fiscales para adaptarse a un mundo cambiante.

Además, debemos ser conscientes de la desigualdad de sexos en el envejecimiento. A nivel mundial, la mayoría de las personas mayores son mujeres



y sufren de forma desproporcionada los retos del envejecimiento mundial. De media, las mujeres viven entre seis y ocho años más que los hombres a nivel mundial. Son las cuidadoras de los maridos pero luego viven solas y tienen acceso limitado a los cuidadores.

Con el fin de poner superar de forma eficaz los retos que presenta el envejecimiento avanzado, se necesitan programas e iniciativas innovadoras. Hacer ciudades amigables con los mayores es un enfoque eficaz de la política para responder al envejecimiento demográfico. La OMS lanzó el *Programa de Ciudades Amigables con la Edad* para prepararse para el rápido envejecimiento de las poblaciones y la urbanización creciente. Una ciudad amigable con los mayores es un entorno urbano inclusivo y accesible que fomenta el envejecimiento activo a través de los siguientes ámbitos:

- Espacios al aire libre y edificios para encuentros sociales y para prevenir el aislamiento
- Transporte público adecuado
- Participación cívica y empleo
- Recursos de comunicación e información, así como apoyo comunitario y servicios médicos

Se necesitan programas innovadores tales como el programa LIFE de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Pensilvania. La misión de LIFE, cuya sigla en inglés significa Vivir Independientemente para los Mayores, es promover un sistema único e interdisciplinar de asistencia sanitaria con todo incluido para los mayores vulnerables en el oeste y suroeste de Filadelfia. LIFE ofrece a los mayores, que se enfrentan al posible ingreso en una residencia, la posibilidad de permanecer en su comunidad, vivir en sus casas y recibir cuidados globales en el centro LIFE. Y el 75% de los miembros de LIFE son mujeres.

**Urbanización** – El envejecimiento de la población está ocurriendo conjuntamente con la rápida urbanización, un segundo e importante reto mundial. En 2012, se confirmó que más de la mitad de la población mundial, aproximadamente 3.500 millones de personas, vivía en ciudades, y para el

2050 esta cifra llegará casi a los 6.000 millones (Naciones Unidas, 2013). La gente se muda a las zonas urbanas buscando nuevas oportunidades, nuevas opciones, libertad de elección y mejores recursos.

Aunque la urbanización es el motor de la modernización, el crecimiento económico y el desarrollo, hay muchos retos que van unidos a la rápida urbanización que influyen en el capital físico y social de las ciudades. Este creciente fenómeno mundial ha planteado una serie de nuevos retos para los gobiernos y el sector de la sanidad.

Las ciudades no están equipadas para esta rápida urbanización, lo cual causa problemas como la superpoblación, la falta de acceso a los servicios sanitarios, inseguridad alimentaria, saneamiento inadecuado y vivienda inestable. En África, Asia y América Latina, por ejemplo, la urbanización ha llevado a la aparición de enormes zonas de chabolas, favelas, barrios bajos con un acceso limitado o nulo a los servicios sanitarios, el agua potable o los servicios de saneamiento. A medida que las poblaciones urbanas siguen creciendo, lo mismo ocurre con la tasa de enfermedades como la hipertensión, las cardiopatías, la obesidad, la diabetes y el asma.

A medida que aumenta la urbanización, también aumenta el número de pobres en las ciudades. Las mujeres, que componen el 50% de la población mundial, representan un 70% de los mil millones de personas más pobres del mundo (Proyecto Mundial sobre la Pobreza, 2013). Los factores como la educación limitada, la exclusión de puestos de trabajo y de programas de formación al llegar a las zonas urbanas, así como las injusticias en compensación económica, contribuyen a las condiciones de empobrecimiento en las que viven las mujeres.

La pobreza y la desigualdad en las zonas urbanas incrementan la violencia contra las mujeres y niñas, incluyendo un gran número de casos de violencia de género y acoso en escuelas, parques, calles y en el transporte público. En América Latina, por ejemplo, la exclusión social, la desigualdad y la violencia contra las mujeres han aumentado de forma sustancial a causa de la rápida urbanización (Muggah, 2012).

Muchas ciudades del mundo se enfrentan a retos de inseguridad alimentaria. La desnutrición es la causa de un tercio de las muertes materno-in-

fantiles (Black, Allen, et. al., 2008). En Estados Unidos, las zonas de renta baja tienen un 30% más de tiendas de barrio que las zonas de renta media, las cuales no tienen artículos saludables (Treuhaft y Karpyn, 2010). La falta de espacios públicos seguros para hacer ejercicio unida al acceso limitado a comida sana también lleva a una mayor obesidad, desnutrición, hipertensión y cardiopatía en mujeres y niños.

Las mujeres desempeñan un papel clave en todo esto. Y los profesionales de la salud, en especial los enfermeros, pueden desempeñar un papel fundamental a la hora de garantizar entornos seguros y sanos.

**Cambios medioambientales** – Pero nos enfrentamos a otros peligros medioambientales, que incluyen el cambio climático y los desastres naturales. Los desastres y la contaminación en particular amenazan a los pobres, las mujeres y las personas mayores que viven en viviendas y barrios inestables. De hecho, muchas de las enfermedades estrechamente asociadas a la pobreza están relacionadas con el medio ambiente.

La OMS calcula que aproximadamente el 25% de la carga de morbilidad en el mundo en desarrollo se debe a factores medioambientales (Pruss-Ustun A, Corvalan C. 2006).

2 millones de personas, la mayoría mujeres y niños, mueren cada año por la exposición a la contaminación del aire en el interior por cocinar con combustibles sólidos como la madera, el estiércol y el carbón.

Pero no solo los países en desarrollo se ven afectados por los problemas medioambientales. Las enfermedades no transmisibles (ENT), como la cardiopatía, el ictus, la diabetes, el cáncer y los trastornos respiratorios crónicos, están adquiriendo una importancia creciente en los países de renta baja y media. Muchas ENT pueden empeorar por peligros medioambientales, como la contaminación del aire, los productos químicos tóxicos y los entornos construidos que no fomentan la actividad física. Las ENT pueden obstaculizar el desarrollo económico al empujar a la gente a una pobreza más profunda, debido a la productividad perdida y los costes añadidos de terapia a largo plazo. En los países de renta baja y media, donde la gente con frecuencia paga de su bolsillo la asistencia sanitaria y donde los sistemas de salud tienen recursos y capacidad limitada, las ENT se cobran muchas víctimas y afectan a la economía.

**Educación interprofesional** – Enfrentarse a todos estos retos – envejecimiento, urbanización y cambios medioambientales - requiere formar de manera diferente. Debemos formar a las próximas generaciones de enfermeros, ingenieros, empresarios, profesionales médicos y trabajadores sociales, entre otros, para que conozcan las disciplinas de los otros, para que busquen la pericia de los otros y para que trabajen conjuntamente y en colaboración para encontrar soluciones a estos problemas urgentes.

Debemos formarlos para que sean creativos e innovadores a la hora de encontrar soluciones, para tender la mano a los países en desarrollo y aprender de ellos y enseñarles. Muchos países en desarrollo utilizan soluciones de bajo coste que salvan vidas, como la rehidratación, la desalinización, las cooperativas, los trabajadores comunitarios, los teléfonos móviles y los familiares cuidadores remunerados. Y para que nuestros futuros profesionales de la salud sean innovadores, deben aprender a trabajar con las personas y a cuidar de ellas al tiempo que son socialmente críticos. Fomentar la salud utilizando vías socialmente críticas revelará los diferenciales sociales y de poder y provocará cambios radicales para mejorar la salud humana y la calidad de vida para todos (Kagan, 2013).

En la Universidad de Pensilvania, nuestra Rectora Amy Guttmann ha fomentado la innovación y la colaboración interdisciplinar. Ha creado fondos para profesores que integran el conocimiento llamado PIK (Profesores que integran el conocimiento) para hacer frente a los problemas urgentes de nuestro tiempo. Son profesores de enfermería, medicina, criminología, ética, biología e ingeniería. Reflejan el futuro.

En enfermería desarrollamos titulaciones conjuntas en enfermería y empresariales y cursos universitarios en innovaciones, nutrición, medicina forense, victimología, políticas, salud mundial de las mujeres y gestión del dolor. Estos cursos son impartidos en equipo por profesores de enfermería con compañeros de otras disciplinas. Los alumnos son de 3 a 10 disciplinas distintas.

También exige que formemos a los enfermeros, que son el colectivo más numeroso asociado a la salud mundial en el sistema sanitario, para que desempeñen un papel fundamental para mejorar el acceso

a la asistencia. Utilizar la capacidad plena y la pericia de los enfermeros requiere que expresemos nuestro rechazo a las desigualdades de género, educación, política y economía. La marginación y la falta de poder de los enfermeros por la limitación de su capacidad para ampliar su formación universitaria, y las limitaciones políticas a las que se enfrentan para usar su formación, pericia y experiencia, les impide hacer que la asistencia sanitaria sea accesible a las poblaciones vulnerables. Si no permitimos a los enfermeros que se formen plenamente y que ejerzan con plena capacidad, la calidad de la asistencia sanitaria se ve seriamente afectada.

Así pues, ¿por qué les digo todo esto durante este acto? He aquí el porqué.

Esta prestigiosa universidad no le habría concedido el grado de doctor honoris causa a una enfermera si no estuvieran seguros de que la disciplina de la enfermería en su conjunto es igual a otras disciplinas en la generación, difusión y traducción de conocimientos. A través de este galardón están reconociendo la totalidad de la disciplina. Están reconociendo que los enfermeros son interlocutores con la capacidad para enfrentarse a los urgentes problemas de las sociedades.

Por lo tanto, extendiendo mi sincero agradecimiento al Rector, al Claustro y la administración de la universidad por su reconocimiento y valoración de la disciplina de la enfermería. Al otorgarme este galardón se han comprometido con los conocimientos de enfermería, su ciencia y sus teorías. Se han comprometido a apoyar económica y estructuralmente el fomento de los conocimientos en enfermería en esta Universidad y en este país. Por ello, les expreso, en mi nombre y en el de mis compañeros del mundo, mi profundo agradecimiento y les digo: "¡Gran acierto!"

Pero por supuesto, este galardón no se me habría otorgado sin los enfermeros que están detrás de él. Si no se hubieran tomado el tiempo de preparar la amplia documentación y material, si no hubiera sido por la sabiduría para darse cuenta de la importancia del galardón y si no hubieran tenido la voz para ser convincentes, yo no habría podido estar aquí hoy. A ustedes, queridos compañeros, les digo me siento halagada y que es un honor indescriptible.

Por último, espero seguir inspirándoles y trabajar con ustedes para garantizar transiciones de desarrollo saludable y salud para las poblaciones, y para establecer y ofrecer modelos de asistencia de calidad equitativos basados en las pruebas para todas las poblaciones vulnerables, en especial las mujeres y las niñas. Juntos podremos marcar la diferencia en el mundo.

Me siento honrada y estoy agradecida. Se han ganado mi corazón para siempre.







***Conferencia impartida por la doctora  
Rosamaría Alberdi con motivo de su  
investidura como Doctora Honoris Causa  
por la Universidad de Murcia***

***Sesión académica extraordinaria,  
2 de diciembre de 2016***





***Conferencia impartida por la doctora  
Rosamaría Alberdi con motivo de su  
investidura como Doctora Honoris Causa  
por la Universidad de Murcia***

***Sesión académica extraordinaria,  
2 de diciembre de 2016***

UNIVERSIDAD DE  
MURCIA





## **Doctora Rosa María Alberdi**

*Doctora Honoris Causa por la Universidad de Murcia (2016)*

*Siempre me da dificultad hacer un resumen curricular por lo que empezaré por lo más obvio que son los títulos: Soy Diplomada en Enfermería, Licenciada en Psicología, Máster en Salud Pública (Universidad de Antioquia, Medellín. Colombia) Máster en Liderazgo y Gestión de los Servicios de Enfermería (Universidad de Barcelona), Máster en Cognición y Evolución Humana (Universidad de las Illes Balears) y Máster en Prácticas de Mediación en Organizaciones (Universidad de Barcelona).*

*Ha dedicado casi toda mi vida profesional a la docencia, que he ejercido en las Escuelas de Enfermería de las Universidades de Barcelona, Autónoma de Madrid, Nacional de Educación a Distancia, Sevilla y en las Facultades de Enfermería y Fisioterapia y de Medicina de las Illes Balears.*

*Desde 2000, soy profesora titular de la Universidad de les Illes Balears, en la que imparto las asignaturas de, Bases conceptuales y profesionales, Ética y Gestión de Servicios en la Facultad de Enfermería y Gestión clínica en la Facultad de Medicina.*

*Entre los años 2004 y 2013 me dediqué a la actividad política, siendo consejera en el Consell de Mallorca y diputada en el Parlamento balear. Asumí responsabilidades en la dirección del Partido Socialista de les Illes Balears (PSIB-PSOE), siendo Secretaria de relaciones Institucionales (2005-2009) y Secretaria de Organización (2009-2013) de la ejecutiva autonómica. Mi trabajo legislativo se centró en las áreas de educación y sanidad y la experiencia adquirida enriqueció de manera considerable mi vida personal y profesional.*

*Desde hace 5 cursos académicos me he ido introduciendo, a través de la asignatura de Bases conceptuales y profesionales, en la docencia de la historia de la profesión, tema al que estoy unida desde hace muchísimos años por mis estudios sobre la identidad profesional y la perspectiva de género. La oportunidad de profundizar en las raíces de la profesión siento que hace que se entienda mucho mejor el presente y se pueda diseñar el futuro con más certeza.*

*Desde noviembre de 2017 a febrero de 2020, he sido Decana de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de las Illes Balears.*

*Dicho esto, quiero señalar que el cuidado y la docencia son dos de mis principales pasiones y a través de su ejercicio he tenido la oportunidad de conocer a magníficas personas, algunas de las cuales han terminado siendo mis amigas/os y sobre todo, el hecho de que mi vida profesional haya girado alrededor de estos dos temas, me ha permitido participar y vivir de primera mano, o en posiciones de espectadora privilegiada, los principales acontecimientos que han conducido a la profesión enfermera a su actual posición disciplinar y profesional.*

*Mis principales líneas de trabajo han sido y son el desarrollo de la profesión enfermera, la ética del cuidado y el género. He trabajado especialmente la relación entre la enfermería como profesión altamente feminizada y su relación con el desarrollo de la misma. Últimamente profundizo en el tema de la competencia política de las enfermeras.*

*Soy autora de un buen número de publicaciones y artículos y participo, de manera regular, en actividades de formación continuada y en Jornadas y reuniones profesionales.*

*A lo largo de mi carrera, he tenido la suerte de recibir diversos reconocimientos entre los que quiero destacar el Premio "A prop teu" del Colegio de Enfermería de Barcelona (2004), el nombramiento como Académica de Honor de la Academia de Ciencias de la Enfermería de Bizkaya (2014), el doctorado Honoris Causa que me otorgó la Universidad de Murcia en 2016, el accésit del Premio María Plaza concedido por el Partido Socialista de les Illes Balears (2017) y el Premio Florence Nightingale concedido por el Colegio de Enfermería de las Illes Balears, en mayo de 2017.*

*Desde hace muchos años, se viene entremezclando la poesía en mi vida. Hasta la fecha he publicado 6 poemarios. Cuatro en solitario y dos en colaboración, todos con la editorial independiente de la que formo parte. Mantengo activo un blog en el que voy dando difusión a los aspectos más importantes de los dos ámbitos de mi carrera: el profesional y el poético. <http://www.rosamariaalberdi.com/>*



***La conciencia del fuego.***

***La enseñanza universitaria del cuidado.***





Magnífico y Excelentísimo Sr. Rector de la Universidad de Murcia,

Autoridades académicas

Claustro de profesores de la Universidad de Murcia y comunidad académica  
Señoras y Señores, amigas y amigos.

Hoy es un día de celebración pero, sobre todo, es un día de agradecimiento. Y saber agradecer ha sido mi máximo empeño durante todo el tiempo que he dedicado a pensar y escribir este texto.

Aun así, de entrada les digo que debo dar las gracias a tantas personas y en nombre de tantas otras que, es seguro, que no me llegará la voz ni las palabras. Por eso confío en que su generosidad sabrá suplirme allí donde no alcance.

Naturalmente, a quien primero hay que dar las gracias es a la Universidad de Murcia, que a través de su Facultad de Enfermería, ha tenido a bien concederme este doctorado que me permite integrarme en la misma. Formar parte del Claustro de una Universidad rigurosa, prestigiosa y avanzada, me honra de manera especial.

Incorporarme como una nueva miembro de la misma, me hace comprometer mi solidaridad, mi conocimiento y mis ánimos en todo aquello que la atañe y especialmente en lo que se considere que requiere mi concurso.

El segundo y muy especial agradecimiento es para la Dra. Pilar Almansa. Persona inteligente, visionaria, trabajadora y buena ¡Qué suerte que creyera en que mi trayectoria profesional podría justificar el alto honor de este doctorado y qué bueno que haya tenido la fuerza y la capacidad para hacer el camino que nos ha traído hasta aquí!

Tengan la seguridad, señoras y señores académicos, que mis lazos de afecto, respeto y gratitud, así como los intereses profesionales y docentes que me unen con la Dra. Almansa, me recordaran cada día el compromiso que he adquirido con esta Universidad.

Y el tercer agradecimiento es para todas aquellas y aquellos que nos han acompañado en el viaje. Gratitud especial para el “grupo pequeño”, formado por mujeres tan grandes (Gloria Gallego, Núria Cuxart y Bruna Mola) y para todas aquellas enfermeras y enfermeros que, a título individual o institucional, quisieron adherirse a la propuesta de mi doctorado.

Naturalmente, esto ha significado un gran apoyo para Pilar Almansa pero para mí ha sido algo especial.

Como es sabido, los seres humanos hacemos muchas cosas a la vez: sostenemos a nuestro hijo y le acariciamos, identificamos al recién llegado y le sonreímos para darle la bienvenida, preguntamos a un alumno sobre el contenido de una cuestión mientras valoramos si aquel concepto clave quedó suficientemente claro en nuestra explicación... Y así ha pasado con las adhesiones a la candidatura del doctorado que se han producido: cada apoyo, formal o informal, que llegaba iba entrelazándose con los otros, formando un inmenso caudal de afecto para el que sólo tengo agradecimiento, agradecimiento y agradecimiento.

He intentado nombrar a los muchos a los que debo gratitud y ahora quiero explicarles porque he dicho que agradezco también en nombre de muchos. Es sencillo y seguro que lo imaginan: siento y así lo he manifestado cada vez que he tenido ocasión, que este es un doctorado compartido.

Pertenezco a un pueblo que baila cogido de la mano y así ha sido también mi vida profesional. He caminado de la mano de muchas enfermeras. Unas veces tiré yo de la fila pero muchas otras, seguí el camino que ya habían abierto otras. Por eso creo que este doctorado nos ha sido concedido a todo el grupo de personas con las que hemos llegado hasta aquí.

Para aclarar esta idea voy a referirme, otra vez, a mi origen. Catalunya, tiene entre sus tradiciones más identificadoras, els “castellers”, la realización de castillos humanos. En esos ejercicios de precisión, estrategia y fuerza, hay siempre una o uno que sube hasta arriba y señala que el objetivo se ha cumplido, poniéndose de pie y levantando el brazo.

Tiene mérito el o la anxeneta, que ese es el nombre que la damos a quien sube. Tiene mérito y no se lo quito de ninguna manera. Pero igual mérito

tiene cada una de las personas que forman la base del castillo. Por eso, este doctorado lo agradezco en nombre de muchas enfermeras: en nombre de todas aquellas sin las que, de ningún modo, podría estar hoy aquí, levantando la mano para celebrar que la profesión enfermera en España ha cumplido un objetivo muy importante.

Objetivo que no es otro que haber llegado al final de un deseadísimos camino de normalización: el de conseguir que una trayectoria profesional enfermera sea, también, reconocida con el más alto honor que otorga la Universidad.

Sé que estoy situada en una excepcionalidad temporal porque otras Universidades y apelo a las que están aquí representadas, no tardarán en encontrar trayectorias que

merecen la concesión de doctorados honoris causa. Les aseguro que será fácil justificarlos.

Explicada esta parte esencial, paso a continuación a hablarles de los tres temas que han marcado mi vida profesional: los cuidados, la profesión enfermera y la enseñanza.

## **VALORES, PASIONES Y AMORES IMPREVISTOS.**

Abordaré este apartado desde dos perspectivas. En primer lugar les hablaré de dos de mis pasiones: el cuidado y la enseñanza y de cómo se fueron entrelazando hasta convertirme en la enfermera que soy.

Me ha parecido que contarles los que creo que son los principales motivos que me han traído hasta aquí es una buena manera de compartir con todos Vds. este reconocimiento. Además, integrada como estoy en un grupo de investigación crítica ¿cómo podría desvincular pensamiento, vivencia y acción?.

En segundo lugar, me centraré en reflexionar sobre qué ha significado el encuentro entre las enfermeras españolas y la universidad, que se produjo hace ya casi 40 años, y las consecuencias que tuvo y sigue teniendo.

Empecemos por la parte más personal.

Soy hija de una madre apasionada y republicana y de un padre que creía que el sol salía para todos.

Esta mezcla y muchísimas cosas más, han hecho que crea firmemente en la equidad, la cara contextual de la justicia, y en la igualdad de oportunidades como premisa para conseguirla.

Crear en la igualdad de oportunidades me ha hecho ser de izquierdas y feminista y es desde esas dos perspectivas (más o menos ingenuas, más o menos radicales, más o menos visibles) que siempre he enfocado mis objetivos profesionales.

Opino que la mejor estrategia para conseguir estos valores básicos es la educación, de la que se deriva inexorablemente el empoderamiento.

Y he tenido y tengo la suerte de contar con la fuerza de la pasión.

Ese término tan intenso, merece una explicación. Entiendo la pasión como una inclinación y un interés algo excesivo y duradero hacia un tema, una idea o un objeto. Interés que te permite dedicar a esa idea o tema, una energía extraordinaria que, en muchas ocasiones, es restada a otras cuestiones que también te interesan mucho y que, a veces, te convienen más. A veces.

Siempre he intentado domar los excesos de la pasión con la conciencia y la razón, pero sin renunciar a ella.

Nunca he querido renunciar porque comparto plenamente la reflexión de Soren Kierkegaard que opinaba que “Quien se pierde en su pasión, pierde menos que el que pierde la pasión”.

Explicadas estas cuestiones básicas que me definen, les diré que no llegué al cuidado ni a entender la importancia de la docencia de manera fácil.

Cuando decidía qué iba a estudiar, las opciones nunca incluyeron la carrera de ATS, que ese era el nombre con el que se denominaban los estudios de enfermera en aquella época. Dudaba entre varias posibilidades y, al final, me decidí por hacer Psicología.

Terminado el segundo curso, me matriculé en ATS porque quería ser psicóloga clínica y pensaba que los contenidos de anatomo-fisiología y de patologías que se daban en ATS, me proporcionarían los elementos que creía faltaban en la carrera de psicología para poder desempeñarme en el área clínica.

Las circunstancias me llevaron a terminar ATS unos meses antes que psicología y encontré fácil trabajo como enfermera.

Cuando terminé mis estudios de ATS no tenía, como muchas y muchos de mis compañeros, ninguna noción sobre lo que ahora entiendo que es el cuidado. No quiere decir eso que las enfermeras de entonces no cuidáramos a los enfermos. Lo hacíamos. Lo que digo es que en la formación que se impartía en las Escuelas de ATS, especialmente en las dependientes de las Facultades de Medicina, raramente se hablaba de los conocimientos que ahora consideramos conceptos disciplinares básicos.

Seguro que en mí había alguna cosa relacionada con el cuidado, una llama quizá, que me hizo sentir cómoda con unos estudios que elegí de forma secundaria y con un trabajo que nunca imaginé que desempeñaría.

Seguramente a mí con el cuidado me pasó lo que José Corredor Matheos dice que pasa con algún viento. Escribe el poeta:

*Este viento que ignora  
cuál es el Norte, el Sur  
y el Oeste,  
y al que no has dicho nunca donde estás,  
siempre acaba encontrándote.*

Sea como sea, el “viento me encontró” y esto pone de manifiesto que soy una mujer con suerte. Varias veces en la vida, he seguido caminos que me han llevado a objetivos que no hubiera siquiera soñado: llegué a un taller de encuadernación buscando abrigo para un poemario triste y encontré el mejor amor..., quería saber más de patología y fisiología y me encontré con el cuidado.

Sé que muchas personas con las que comparto este auditorio saben perfectamente a qué me refiero con el término cuidado y por eso les pido a todos ellos que me permitan explicar su significado a aquellos y aquellas que provienen de otras disciplinas.

Para hacerlo voy a utilizar una fuente heterodoxa pero creo que da la visión exacta de lo que quiero explicar.

Mi fuente es Jorge Riechmann, filósofo, poeta, activista de la defensa del medio ambiente que nombra el cuidado<sup>1</sup> de manera magnífica, hablando libremente de la vida.

Dice Riechman *“Sólo hay una respuesta digna frente a la finitud humana- ante la realidad de la muerte: cuidamos, acompañamos, ayudamos.*

*Frente a las lógicas de la dominación..., las dinámicas del cuidado. Ahí se decide lo humano”.*

Y también el mismo autor contraponen el antídoto del cuidado contra el mal de la indiferencia, que a toda enfermera y a todo universitario debería ser tan ajeno.

*“Nuestro pecado original no es haber tratado de comer la fruta del Árbol del Conocimiento: es la indiferencia ante el dolor del otro”.*

*“Who cares? Es la expresión cotidiana en inglés para decir ¿A quién le importa?. En una sociedad donde se expande ese “contrato de indiferencia mutua”..., cada vez más gente pregunta muchas veces: ¿por qué ha de importarme lo que no me afecte a mi o a mi círculo inmediato?*

*La pregunta who cares nos remite también a otro ámbito semántico, de importancia crucial: el cuidado... lo contrario de la indiferencia es esa atención a las necesidades del otro sin la cual nada humano... puede prosperar”.*

Una ATS formada exclusivamente con una orientación médico-curativa, una psicóloga que pensaba que ayudaría mejor a sus pacientes, sabiendo patología médica, se encontró con que la vida la había llevado a trabajar alrededor de lo que define lo humano; a darse cuenta de que podía contribuir a enseñar aquello “sin lo cual nada humano puede prosperar”. Cómo hubiera podido renunciar a ello?

---

1 Riechmann Jorge. *Fracasar mejor. Zaragoza: Olifante. Ediciones de poesía.2013*

No lo hice y así empecé a ponerle nombre a aquella llama que encendía entonces y ha seguido encendiendo en mí, actividades, dedicaciones y proyectos profesionales.

Les decía que entendí también tarde el papel de la Universidad. Estudié psicología, en la Universidad de Barcelona, entre 1968 y 1972. Años en los que la comunidad universitaria española estaba estrechamente vigilada por el franquismo y condicionada por sus políticas, mientras Europa, con epicentro en París, cuestionaba cada parte de la estructura universitaria y social.

Conocí una Universidad convulsa, de alumnado reivindicativo y sin libertad.

Era tan real esa pérdida de la libertad que durante muchos años creí que el lema de la Universidad de Barcelona era “*perfundet omnia luce*” o sea, “llena todo de luz”.

Dicho lema estaba grabado en el escudo situado encima de la barra del bar del edificio en el que estudiaba. Lo leía cada día y me gustaba la idea de que “llenar todo de luz” fuera el objetivo de mi Universidad.

Estaba equivocada. Varios años después, terminadas las carreras, volví a ese bar y el escudo había sido restaurado, recuperándose el lema original que el franquismo había mutilado. El lema que pude leer entonces era: “*Libertas, perfundet omnia luce*”. Era la libertad, es la libertad la que llena todo de luz.

Luego supe que en 1939 la dictadura suprimió el lema que había sido empleado en la II República y que el Rector Estapé lo recuperó parcialmente en 1970, época en que yo lo conocí. Hasta 1987, no volvió la “libertad” a la Universidad de Barcelona.

Hasta aquí mis inicios con el cuidado, con la enseñanza universitaria y con la profesión. Es posible que me haya demorado excesivamente en contarles la parte vivencial pero espero que me disculpe el hecho de que al hablar de mi experiencia, en realidad, he estado contando la de muchas otras personas: Muchas enfermeras y enfermeros que estudiaron una

carrera que acotaba fuertemente sus responsabilidades y su autonomía profesional.

Y todos los que estudiamos en España hasta los años 80, por ser optimista, vivimos una universidad llena de sombras y sin libertad.

En esas fechas, concretamente, en 1977, hace casi 40 años, las enfermeras españolas consiguieron que los estudios de Enfermería se integraran en la Universidad. Ello fue posible gracias a la claridad en el objetivo a conseguir y gracias, sobre todo, a las estrategias de resistencia que supieron oponer a los limitantes planes que se volvían a prever para ellas.

Permítanme ahora que les hable de ese encuentro.

### **UN ENCUENTRO QUE CREÓ CONCIENCIA.**

Aquel no fue un encuentro fácil. Éramos desconocidos el uno para el otro y además acudíamos con expectativas muy diversas: importantes, trascendentales incluso, para las enfermeras, no tanto para la universidad que acogió a un numeroso colectivo del que apenas conocía todas sus posibilidades de encaje, desarrollo y aportación a la academia.

De todas maneras, el encuentro se produjo y ha sido y es enormemente fructífero para todos: sociedad, universidad, enfermeras.

Como Vds. saben, la palabra encuentro tiene varias acepciones. La más común es "reunión, coincidencia en un mismo lugar"<sup>2</sup>. Y eso fue lo que pasó: coincidimos en un mismo ámbito y todos tuvimos que hacernos sitio. La universidad debió encontrarnos acomodo en sus aulas, en sus despachos, en sus registros, en su diseño y en sus evaluaciones. Y las enfermeras debimos adaptarnos a ellos y aceptar, de igual a igual, otras perspectivas en la configuración y en la enseñanza de nuestra disciplina.

Si profundizamos en las acepciones, veremos el término encontrar -del que deriva encuentro-, en su forma reflexiva significa también "tomar conciencia

---

*2 Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en: <http://www.rae.es/>*



de que se está de determinada manera”. Y a mi me gusta esta acepción para lo que ha ido ocurriendo entre las enfermeras y la universidad.

La institución académica “ha tomado conciencia” de que las enfermeras desarrollan en su seno todo tipo de responsabilidades: son profesoras de todos los rangos, realizan doctorados, proyectos de investigación, de excelencia, ocupan cargos académicos, hacen innovación, acceden a los reconocimientos docentes y de investigación. Y también hay clara conciencia de que la nuestra es una titulación que nutre a la universidad con un importantísimo número de alumnas y alumnos, estando casi siempre entre las de mayor demanda.

Las enfermeras también “tomamos conciencia” de que la universidad es el lugar adecuado para el desarrollo de una disciplina como la nuestra que exige un nivel de reflexión profunda y la constante revisión crítica e innovadora de sus contenidos.

Eso es así porque tenemos la responsabilidad de formar profesionales que adaptan constantemente su trabajo a las personas y los grupos que cuidan (a sus necesidades, a su concepto de salud, a sus capacidades para conseguir la autonomía y a sus circunstancias sociales). Trabajo que, además, en la inmensa mayoría de los casos, se basa en el establecimiento de una relación interpersonal que es la que permite el acto del cuidado.

Para aclarar un poco más lo que deseo decir voy a recurrir a Suzanne Gordon que en una de sus últimas intervenciones, habla de la aportación que hacen las enfermeras<sup>3</sup>. Utilizo sus palabras precisamente porque no es enfermera sino periodista, experta en cuestiones relacionadas con la medicina, las políticas sanitarias y la imagen profesional<sup>4</sup> y aporta una visión externa de nuestro trabajo.

---

<sup>3</sup> Gordon Suzanne. Conferencia en la National Association of School Nurses. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=BHYjkHyUL98>

---

<sup>4</sup> Para más información sobre el trabajo de Suzanne Gordon puede consultarse: <http://ginj.co/meet-suzanne>

Dice Gordon:

*“Sólo soy una enfermera. Sólo represento la diferencia entre la vida y la muerte, el afrontamiento y la desesperanza, que una persona pueda permanecer en su casa o tenga que ingresar en una residencia o que una paciente muera agonizando o con dignidad y confort.*

*Sólo soy una enfermera. Sólo soy el núcleo central en la atención a la salud”.*

*Esos profesionales son los que necesita la sociedad y a esos profesionales formamos ¿hay mejor sitio para hacerlo que la universidad?. Creo, sinceramente, que no.*

*A partir de estas ideas, voy a hablar a continuación sobre el papel que la universidad debe desarrollar en relación al mantenimiento de la calidad de las y los profesionales que forma. O dicho de un modo más resumido, voy a tratar sobre “la conciencia del fuego”.*

## **LA CONCIENCIA DEL FUEGO.**

¿Por qué “la conciencia del fuego” como título de un texto que habla del cuidado y su enseñanza? Permítanme explicarlo.

Creo que la Universidad es, idealmente, el lugar donde arde la llama permanente de la sed de conocimientos que anima a alumnos y profesores y es, también, el sitio apropiado para que se desarrolle la llama del interés, de la vocación en su sentido laico, con la que la mayoría del alumnado llega a los estudios que ha elegido.

La enseñanza universitaria debe partir de esa llama valiosísima para transformarla en el fuego de la conciencia profesional. Dicho de otro modo y centrándome en los estudios de enfermería, de lo que se trata es de agrandar y consolidar esa motivación inicial hacia el cuidado para que constituya la base rigurosa y sólida de la voluntad de servicio excelente y de adaptación constante a las necesidades de la sociedad.

Utilizo esta metáfora del fuego partiendo de un poema sobre un dragón (“En el corazón tengo un dragón que escupe fuego y se desayuna un buey”), peligroso por su tamaño y fuerza, y que, después de muchas vicisitudes, el amor ha logrado embriar. El poema termina explicando que el dragón, aunque feliz en la limitación amorosa de sus potenciales peligros, cada día, quema algo, para no perder la conciencia de su fuego.

...

*Ahora  
pasea tranquilo  
en tus bridas,  
aunque cada día  
quema algo*

*Para no perder  
la conciencia  
de su fuego.*

Me sirve esta idea sobre la conciencia del fuego para aplicarlo al servicio que las profesiones cumplen con la sociedad y reflexionar sobre la responsabilidad que debe desarrollar la universidad en este sentido.

Como Vds. bien saben las profesiones surgen, conformándose de una manera definida en cada contexto y momento histórico, porque contribuyen a cubrir una necesidad básica de la sociedad que las crea, contribuyendo a su desarrollo armonioso y eficaz.

En el caso de las profesiones sanitarias en sentido estricto, enfermeras y médicos, considero que existen no s porque estamos enfrentado a la enfermedad y al dolor, a la muerte y a la posibilidad de dar la vida, sino fundamentalmente porque nuestra especificad humana ha hecho que llevemos nuestra compasión a dotarnos de conocimientos para combatir el dolor y sobre todo, para acompañar en su fragilidad a las personas que sufren.

Esa compasión, tomando el término en su sentido de “sentir con la otra persona”, se convierte, a través de la tarea clave de la enseñanza universitaria, en el servicio concreto que cada profesión ofrece.

La conciencia de ese servicio y de los conocimientos para llevarlo a cabo con excelencia es el fuego que, a mi modo de ver, la Universidad debe promover en cada alumna, en cada alumno, no solo en la época de su formación básica sino durante toda su vida profesional.

Hasta aquí he reflexionado sobre una de las funciones básicas de la universidad: la de la docencia. Permítanme ahora que hable de algunos obstáculos que dificultan esa fundamental labor.

### **LAS SOMBRAS DE LO QUE AMO.**

Para tratar de esos obstáculos de la forma más clara posible, me van a permitir que acuda nuevamente a la experiencia vivencial.

Desde 2004 a 2012, las responsabilidades políticas que había asumido me mantuvieron alejada del día a día de la universidad. Nunca rompí completamente mi vinculación con la docencia (porque una no se separa de sus buenas pasiones y porque siempre supe que regresaría), pero sí perdí la conciencia de la evolución que en ella se iba produciendo.

Al reincorporarme nuevamente, me sentí en casa de manera inmediata, gracias especialmente a la ayuda de mis compañeras y compañeros de Departamento, aunque noté de forma clara que, en esos años, la universidad (la mía y todas), había cambiado profundamente. Por decirlo de forma resumida, percibí que se había producido un “deslizamiento” de las siglas. Me explicaré:

El profesorado éramos PDI y ahora somos PI y si acaso, PId, o, al menos, así nos valora la universidad.

No seré yo quien discuta la importancia de la labor investigadora de la universidad (uno de los pocos ámbitos en los que esta puede desarrollarse en libertad, fuera de las presiones indebidas de los financiadores), ni de que esta faceta, que incluye la investigación básica, sea inherente a la responsabilidad que tiene la institución universitaria con la sociedad. No solo no lo discuto sino que lo defiendo.

Lo que digo es que, por razones múltiples, la tarea docente no es valorada ni por supuesto evaluada, como creo que debería hacerse.

Pienso sinceramente que ese deslizamiento de las siglas que les comentaba (de PDI a PI o PID), no es azaroso ya que se corresponde con un radical cambio en los valores que orientan al conjunto de la universidad y que tiene como principal consecuencia, la minusvaloración de la docencia.

El origen de todo ello es, a mi entender, lo que se ha venido en denominar “estilo de pensamiento índice de impacto” (Fernández-Ríos y Rodríguez-Díaz<sup>5</sup>).

Recomiendo encarecidamente la lectura del artículo de esos autores, riguroso, esclarecedor y demoledor, así como las reflexiones de Scherkman R<sup>6</sup> y de Romero<sup>7</sup> Oña<sup>8</sup> en las que encontraran perfectamente justificadas las críticas que se hacen al tipo de pensamiento actual en la Universidad española.

No voy a detenerme mucho en ello pero no quiero dejar de señalar como dicen Fernández-Ríos y Rodríguez-Díaz<sup>9</sup>, que este tipo de pensamiento centrado en conseguir publicaciones de impacto, “motiva para publicar y “olvidarse” de la docencia... ya que olvida y margina el tiempo dedicado a la preparación de la docencia, la formación interdisciplinar y la lectura. No... facilita la creatividad ...ni ... el pensamiento crítico”

---

5 Fernández-Ríos L, Rodríguez-Díaz J. *The “impact factor stuyle of thinking”: A new theoretical framework*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2014 (14): 154-160

---

6 Scherkman R. *Por qué revistas como “Nature”, “Science” y “Cell” hacen daño a la ciencia*. *Red Española de Filosofía*. 12 de diciembre de 2013. Disponible en: <http://redfilosofia.es/blog/2013/12/12/por-que-revistas-como-nature-science-y-cell-hacen-dano-a-la-ciencia/> Consultado 1 de junio de 2014

---

7 Romero Ramirez AJ. *La indefensión en la evaluación de la ciencia en España*. *Publico.es*. Diciembre de 2013. Disponible en: <http://blogs.publico.es/dominiopublico/8329/indefension-en-la-evaluacion-de-la-ciencia-en-espana/>

---

8 Oña Antonio. *La sacralización de los sexenios*. Disponible en: <http://blogs.publico.es/dominiopublico/8329/indefension-en-la-evaluacion-de-la-ciencia-en-espana/>

---

9 Fernández-Ríos L, Rodríguez-Díaz J. *Op. Cit.*

En una reunión del Grupo de investigación al que estoy adscrita, reflexionábamos sobre este tema y la profesora Sánchez-Cuenca hizo un resumen del estado de la cuestión que suscribo completamente: “la investigación ha dejado de tener la finalidad de explicar fenómenos, construir conocimiento nuevo, mejorar la sociedad, abrir camino para la investigación aplicada... Se ha transformado en una finalidad en sí misma. No se sabe ni importa cuánto y cómo se transfiere el conocimiento ni para qué debería hacerse. En la valoración del profesorado universitario ya no se evalúa su capacidad docente ni su compromiso con los estudiantes.”

Parto de la inteligente reflexión de Sánchez Cuenca para abordar otros dos obstáculos capitales a los que se enfrenta ahora la universidad: la deficiente evaluación del profesorado y la preterización o postergación del alumnado.

Empecemos con la evaluación del profesorado. No voy a extenderme en este tema, porque creo que hay un amplio consenso en la comunidad académica relativo a que, de manera general, hemos consentido en no disponer de buenos sistemas de evaluación de la docencia y eso, a mi modo de ver, constituye un fraude.

Esta afirmación radical se fundamenta en dos ideas. La primera es que debemos librarnos de una vez por todas de la falacia que consiste en creer que los profesores y profesoras “enseñan” y aceptar que nuestra tarea consiste en abrir puertas al conocimiento y acompañar a aquel que quiere aprender, sosteniéndolo, impulsándolo y motivándolo siempre.

En realidad, el trabajo docente estriba sólo, y nada menos, que en poner interés y dedicación a que cada uno de nuestros alumnos pueda desarrollar todas sus posibilidades.

La segunda razón por la que afirmo que no disponer de una buena evaluación del profesorado<sup>10</sup> es un fraude, es que considero que el cumplimiento cabal de la responsabilidad docente por parte del profesorado, es un derecho de los alumnos y de la sociedad en general.

---

*10 Me refiero a una evaluación motivadora, gratificadora, sancionadora si hace falta, y ampliada a los pares y a los servicios de gestión y administración de la universidad.*

Derecho que debe poder ser exigido cada día y evaluado con las mejores herramientas.

Como les he dicho, el tercer obstáculo que quiero mencionar es que, en muchas ocasiones, la universidad no sitúa de manera suficiente a los alumnos en el centro de sus objetivos y prioridades.

Entiendo que la planificación de la vida universitaria debe girar, en gran manera, alrededor de las capacidades, valores y competencias que se considera que debe adquirir el alumnado, sabiendo que adquirirlos es su responsabilidad. A partir de esta idea ¿no es función también de la Universidad el darles el “sitio” adecuado para que las consigan?

Cuando digo “sitio” me refiero al espacio físico pero también a los procesos y a los argumentos que los justifican.

A partir de la pregunta sobre el “lugar” que ocupan los estudiantes, se me ocurre que es interesante contestar a las siguientes cuestiones: ¿dónde estudian los alumnos en nuestras universidades y dónde se encuentran para trabajar en grupo?, ¿cómo participan en la evaluación del profesorado y del resto de los servicios de la universidad? ¿cómo se integran en las estructuras de toma de decisiones? ¿cómo los motivamos para que quieran integrarse y participar?...

He mencionado tres obstáculos que dificultan la función de la universidad: el “pensamiento de impacto”, la evaluación del profesorado, el “lugar” de los alumnos y alumnas... He dejado para el final de este apartado, comentar dos cuestiones que afectan especialmente al profesorado y a las Facultades de Enfermería.

Les decía al principio que las enfermeras durante los años que estudiamos ATS, fuimos formadas para la abnegación y la dependencia.

No sé si he dejado suficientemente claro que también fuimos educadas para encarnar los limitantes estereotipos con los que la dictadura fascista identificaba a la mujer.

Desafortunadamente, la colonización intelectual funcionó y el conjunto de nuestra profesión y la sociedad, se impregnó de esos estereotipos. Vencerlos

ha sido y es una tarea fundamental que hemos desarrollado enfermeros y enfermeras en los últimos 40 años.

Como Vds. bien saben, los estereotipos descalificadores, atentan contra la igualdad de oportunidades y, naturalmente, dificultan el desarrollo de la equidad.

Todo este preámbulo para explicarles que, desafortunadamente, las enfermeras, dentro de la propia universidad, en ocasiones, aún somos juzgadas más por los prejuicios asociados a lo que somos (a nuestro título, a nuestra profesión) que por lo que podemos aportar.

El otro problema actual que no quiero dejar de mencionar es una tendencia alarmante a hacer desaparecer el nombre de nuestro estudio. Me explico.

Parece que las últimas tendencias organizativas aconsejan fusionar Facultades del ámbito sanitario, englobándolas en macrocentros que incluyan todos los estudios. Eso no debe reportar ningún problema si esas fusiones aportan beneficios reales al conjunto de la universidad. También parece lógico que el nombre elegido para esas nuevas Facultades sea general y denomine por igual a todos los estudios alojados en él (a mi entender, Facultad de Ciencias de la salud, podría ser una buena opción).

Desafortunadamente eso no está ocurriendo así porque nuestros compañeros médicos defienden seguir manteniendo el nombre de su disciplina en el título del nuevo centro y muchas personas en la universidad consideran que tienen razón. Y si ello así ¿por qué no tenemos razón las enfermeras cuando defendemos y argumentamos que queremos ser tratadas, también en este caso, con equidad?.

No retrocedamos y si las fusiones están justificadas, busquemos nombres adecuados para todos y que no produzcan discriminación ni desigualdad porque ¿hay alguna razón que justifique ninguna de esas dos cosas en la universidad que amamos?

Al tratar sobre los obstáculos hay que terminar siempre hablando de compromiso: del compromiso de intentar su eliminación y de diseñar las estrategias y de asumir los retos que ese trabajo comporta.



En ese compromiso están implicados muchos profesores y profesoras y entre ellos y en primera línea, me consta, se encuentra el profesorado enfermero.

Esto es así aún en los momentos más difíciles porque cuando dudamos sobre si se debe permanecer en la lucha, no hay más que acudir al mensaje de Trina Mercader<sup>11</sup>. Dice Mercader:

*Desde lejos,  
me están avisando a gritos:  
que no vaya, que no venga,  
que no me mueva del sitio.*

*Que es aquí  
donde nacerán los lirios.*

*Aquí,  
conmigo.*

*Y me miro.  
Y este sembrado que soy  
apenas está movido.  
Apenas asoma al aire  
la promesa de los trigos.*

*Y quiero andar. Y de nuevo  
las voces que el aire trae  
me están gritando lo mismo:*

*que no vaya, que no venga,  
que no me mueva del mundo  
que estoy sosteniendo en vilo.*

Somos muchos los que sostenemos a la academia con nuestro conocimiento, con nuestra pasión y con nuestro amor. Y entre ellos, no lo duden, estamos las enfermeras ocupando un plano importante.

Somos muchos, también, los que queremos conseguir una universidad más libre, identificada con las funciones que enunció para ella la Dra. Cortina en esta misma Universidad, hace unos meses<sup>12</sup>

Propone la doctora Cortina que las obligaciones que lleve a cabo la universidad sean: “ el entrenamiento en la búsqueda de la verdad... y de la justicia, generando hábitos de investigación...; la transmisión del saber a las generaciones más jóvenes...

[y] a las generaciones de adultos... y la deliberación abierta y crítica, en la comunidad de los que aspiran a lo verdadero y a lo justo” .

Les decía que el encuentro entre la Universidad y las enfermeras fue fructífero para todos y para que lo siga siendo, la universidad es clave para que la profesión pueda

### **DESARROLLAR LA “VERSIÓN” PROFESIONAL QUE LA SOCIEDAD NECESITA.**

Decía que cada época y cada contexto genera una “versión” de la profesión: matiza sus competencias y su desarrollo y con ello, su contribución específica.

Una profesión es, en la práctica, el grupo que sabe cubrir una necesidad del modo en que la sociedad va necesitando, demandando o incluso reclamando.

Para asegurar que se está desarrollando la “versión” más adecuada de su aportación, las profesiones deben enfrentarse continua y tenazmente a responder a dos preguntas:

- ¿Qué permanece y qué está cambiando de las necesidades de la sociedad o del grupo en el ámbito de mi competencia profesional? y

---

*12 Cortina Adela. Lección magistral. Acto de investidura del doctorado honoris causa otorgado por la Universidad de Murcia. 29 de enero de 2016*

- ¿Qué características es necesario que adopte, ahora y aquí, la provisión de un servicio excelente?

En estos momentos, la respuesta a estas preguntas nos obliga a mirar más allá de nuestras fronteras, que es donde se encuentran los focos de dolor y marginación que debemos combatir.

El informe 2015 de ACNUR<sup>13</sup>, por no mencionar el de UNICEF, el de la FAO o los más cercanos de Cáritas o Médicos del Mundo - España, señala que desde 2014 hasta nuestros días, han muerto más de 10.000 personas en el Mediterráneo y que cada minuto, cada minuto, 24 personas son forzadas a huir de su hogar.

Hemos consentido que proliferen nuevos ámbitos de encierro y marginación<sup>14</sup>; nuevos ámbitos de sufrimiento que obligan a asumir respuestas más allá de nuestro entorno inmediato.

Ante este panorama, las enfermeras se han comprometido con la obligación de poner en primer plano las palabras esenciales: conciencia, cuidado y protección y de convertirlas en servicio.

Históricamente, la profesión enfermera ha sabido adaptarse a cada contexto socio-cultural y económico y ahora, el desarrollo conceptual y metodológico que ha adquirido en el seno de la universidad, la sitúa en perfecta posición para atender a esas necesidades urgentes, sin abandonar ninguno de los ámbitos que ya desarrolla.

En esa tarea de ampliación de la conciencia y la capacidad profesional que la sociedad reclama a las enfermeras, la universidad tiene un papel

---

*13 ACNUR. Tendencias del primer semestre de 2015. Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados. Ginebra, 2016. Disponible en: [http://acnur.es/portada/slider\\_destacados/img/PDF\\_181215150331.pdf](http://acnur.es/portada/slider_destacados/img/PDF_181215150331.pdf)*

---

*14 Esos nuevos ámbitos de encierro y marginación van desde los inadecuados Centros de Internamiento para Extranjeros (CIE), hasta la deportación de los refugiados a los campos-prisiones fuera del territorio europeo, pasando por los asentamientos de inmigrantes que desalojamos con gases lacrimógenos si están excesivamente a la vista*

fundamental que significa comprometerse con la formación permanente en el cuidado y ampliar su responsabilidad social<sup>15</sup>.

Para expresar aún mejor lo que quiero decir, utilizaré las palabras del Rector Orihuela<sup>16</sup>, que dibuja una universidad: *“...para el cultivo y la proliferación de islas virtuosas, personas con buenas prácticas personales, profesionales, académicas y morales para las cuales sea preferible estar en desacuerdo con el mundo que con la propia conciencia....”*.

Para terminar estas palabras, me van a permitir que resuma cual es el modelo de universidad a la que aspiro. Para hacerlo, voy a utilizar los últimos versos del bellissimo “Canto a Amanda” de Carmen Conde. Dice la poeta:

*Gracias por la luz que me descubres  
Creíste tanto en mí, me diste tanto  
que soy toda de mí. Te reconozco.*

Esa universidad en la que creo profundamente y por la seguiré trabajando: nos descubre la luz, cree en aquellos que la formamos y sabe darnos tanto que nos hace ser completa y humanamente nuestros. Esa universidad es a la que quiero reconocer.

Y todos aquellos aspectos que enturbian actualmente este objetivo de despertar la conciencia del fuego del cuidado, de convertirlo en brasa constructora de servicio excelente y de ayudar a su mantenimiento constante, encontrarán en mí una atenta denunciante y a una tenaz luchadora.

---

*15 Su función de “intensificación de la cohesión social, la cultura y los valores ciudadanos, ejerciendo su responsabilidad social...”, como propone la Estrategia Universidad 2015: Estrategia Universidad 2015. Contribución de las universidades al progreso socioeconómico español 2010-2015. Secretaría General de Universidades. Ministerio de Educación. Madrid: Ministerio. – Madrid: Ministerio de Educación. Secretaría General Técnica, 2011*

---

*16 Orihuela José. Discurso de apertura del Curso 2015-2016 de las Universidades Españolas. Dictado en la Universidad de Murcia. 30 de septiembre de 2015.*

## Y AL FINAL, LA CELEBRACIÓN.

Les decía al principio que hoy es también un día de celebración. A través de mis palabras, he intentado ir desgranando los motivos que lo justifican. Son muchos esos motivos y puede que me hay olvidado alguno pero creo que he citado los fundamentales.

La celebración, como el premio tiene una parte individual y otra compartida. La individual es porque varios aspectos me afectan sólo a mi por el hecho de que tengo el honor de recibir este doctorado. Por eso mis razones de celebración son enormes.

Son tan grandes que para ilustrarlas sólo se me ha ocurrido recurrir a Chesterton, que en su poema “Anochecer” las resume todas:

*Ahora muere otro día  
en el que he tenido ojos, oídos, manos  
y el gran mundo alrededor  
y mañana empieza otro  
¿Por qué se me conceden dos?*

A mi se me ha concedido mucho más que otro día, se me ha concedido un honor inmenso que deriva, sobre todo, del reconocimiento que viene de mis pares. Por eso, hoy, todo en mi es agradecimiento y celebración.

Y en cuanto a la fiesta compartida ¿cómo podría ser de otra manera si este homenaje se hace a todas las enfermeras que avanzamos hasta aquí, cogidas de la mano? Y ¿cómo no ha de ser una fiesta compartida si con este acto el conjunto de las enfermeras españolas consigue uno de sus importantes objetivos como profesión?

He comentado que estoy plenamente convencida de que las enfermeras nunca hemos querido ningún trato de privilegio, ni en la época de nuestro primer encuentro con la Universidad, ni ahora.

Sólo queríamos, seguimos queriendo y queremos, poder llegar a donde nos corresponda, por nuestros méritos y con igualdad de oportunidades.

Les decía también que alcanzar este doctorado es el fin de un largo camino de normalización y es, a la vez, la constancia de que conseguir el futuro de todos, pasa, indispensablemente, por convertirlo en el presente de alguien.

Eso ha hecho la Universidad de Murcia, gracias a la visión pionera y al trabajo inteligente de la Dra. Almansa.

Entonces, no hay más que motivos para la celebración compartida y a mi no se me ha ocurrido otra manera de invitar a todo el mundo a ella que adaptar a estas circunstancias, un pequeño poema “celebrador”...

*Celebro  
los pasos seguros  
que llegan a casa*

*Celebro  
reconocer la sombra  
que me sigue*

*Celebro  
el amor que encierra  
una palabra*

*Celebro  
los rayos de la pasión  
y la señal que me dejan*

*Y celebro,  
celebro  
celebro nuestra voz  
y el universo que resuena*

*Gracias, gracias, gracias.*

*Palma, 22 de noviembre de 2016*







***Conferencia impartida por la doctora  
Linda H. Aiken con motivo de su investidura  
como Doctora Honoris Causa por la  
Universitat de Vic. Universitat Central  
de Catalunya***

***Sesión académica extraordinaria,  
29 de mayo de 2017***





***Conferencia impartida por la doctora  
Linda H. Aiken con motivo de su investidura  
como Doctora Honoris Causa por la  
Universitat de Vic. Universitat Central de  
Catalunya***

***Sesi3n acad3mica extraordinaria,  
29 de mayo de 2017***



**UNIVERSITAT DE VIC  
UNIVERSITAT CENTRAL  
DE CATALUNYA**



**Doctora Linda H. Aiken**

*Doctora Honoris Causa por la Universidad de Vic (2017)*

*PhD, RN*

*Profesora de enfermería de la Claire Fagin, profesora de sociología y directora fundadora del Centro de Investigación de Resultados y Políticas de Salud de la Universidad de Pensilvania, Filadelfia, Estados Unidos. La Dra. Aiken es autora de más de 400 artículos científicos. Es miembro electo de la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos y ex presidenta de la Academia Americana de Enfermería.*

*La repercusión de su investigación internacional ha sido reconocida con el Premio Christiane Reimann del Consejo Internacional de Enfermería y los premios Episteme y Research Hall of Fame de Sigma Theta Tau International.*

*La Dra. Aiken codirigió el estudio RN4CAST, financiado por la Unión Europea, que produjo importantes datos e informes de relevancia política sobre los recursos de enfermería y los resultados de los pacientes en España.*



***Impact of nursing on patient outcomes:  
A global program of Research Linda H Aiken,  
RN, PhD***





## **Introduction**

Nurses have long been respected and appreciated worldwide for providing helpful and empathetic care, comfort, and health advice over life's transitions from birth to death, and in sickness and in health. Nurses are such an accepted and expected part of our daily lives that they reside in the background of our perceptions of healthcare rather than in the foreground which is more likely to be focused on doctors. Over time, however, healthcare has changed in ways that have thrust professional nurses into primary provider roles where their expertise and decisions often make the difference between life and death. Advances in medical science and technology have vastly expanded opportunities to successfully treat illnesses and disabilities. As a result, treatments and applications of complex technologies that previously were carried out solely by doctors have become responsibilities of nurses. At the same time, the organization of healthcare delivery has become more organizationally complex. Hospitals and clinics are bigger with many more doctors, nurses, and other workers within a single setting. Administrative layers have been added, and increasingly administrators are not from clinical but business backgrounds. Landmark international studies cite evidence that quality of care is uneven. Governments are increasingly seeking to bolster healthcare quality as well as patient safety and satisfaction through policies often based on inadequate information.

Our program of research at the Center for Health Outcomes and Policy Research at the University of Pennsylvania, School of Nursing, has over the past 25 years built a rigorous evidence base establishing that modifiable features of professional nursing like patient to nurse ratios, nurses' educational qualifications, and the quality of clinical work environments have a significant and independent impact on patient outcomes and costs of healthcare. Indeed our research provides strong scientific evidence that 1) having a highly qualified professional nurse workforce, 2) with evidence-based patient to nurse workloads, and 3) providing care in environments that enable nurses to be effective and efficient together produce excellent patient outcomes and good economic value.

We have studied the association between features of nursing and patient outcomes in thousands of hospitals in 30 countries. The results in different countries are remarkable similar despite country-level differences in the organization, financing, and resources devoted to health services.

We consistently find that the differences in patient outcomes across hospitals in the same country are quite large and not explained by differences in severity of illness of patients. While it may not be surprising that quality of care differs by public and private ownership of health care facilities in countries with both. What is unexpected is how much variation in important outcomes like mortality there is within public hospitals and even across private hospitals within the same country. Our research shows that every country has at least several well performing hospitals whose management finds ways to produce good patient outcomes even within a national economic climate that may be constrained. Even in countries like England that have a highly centralized National Health System and the national expectation is of a similar standard of care quality in all communities, actual patient outcomes are quite varied from one National Health Service hospital to another. For example, differences across hospitals in mortality rates for common surgical procedures are substantial even after taking into account differences in illness severity of patients and in resources of hospitals such as high technology capability.

Our research asks to what extent differences in patient outcomes across hospitals are explained by variation in nurse staffing levels, the quality of clinical work environments and communication between doctors and nurses, and the qualifications of the nursing staff. There is significant variation across hospitals within the same countries in all of these features of nursing suggesting that the leaders in hospitals are setting different priorities on investing in nursing and those decisions are associated with patient outcomes.

***Nurse Staffing:*** We have conducted extensive research on the association of nurse staffing levels, defined by the average number of patients each professional nurse is responsible for. Countries differ in the mean number of patients each nurse cares for in the hospital setting. Our research has documented that within each country, there is substantial variation in nurse staffing across different hospitals. And these differences in nursing resources are a significant explanation for differences in patient outcomes. The fewer patients each nurse is responsible for, the better the outcomes for patients. We have documented that across hospitals in Europe, the U.S., and Asia, each additional patient added to a nurse's workload is associated with about a 7 percent increase in mortality following common surgeries. In hospitals in which nurses care for

fewer patients each, the rate of hospital-acquired infections, falls, and readmissions within 30 days of discharge are also lower and patient satisfaction with care is higher.

Employing more professional nurses is expensive. Hospital managers commonly assume that money can be saved by reducing the number of professional nurses employed. However our research shows that having as many nurses as are needed to produce good patient outcomes is cost effective because expensive complications like infections that require patients to stay in the hospital longer are prevented by lower nurse workloads. Indeed, we find that hospitals are spending more money per patient by not having enough nurses.

It is also often assumed by hospital managers and policy makers that less educated workers with lower pay can safely substitute for professional nurses in hospitals which would save money. Our research shows that is not the case. We show in a study of European hospitals including Spain that substituting one nurse assistant for a professional nurse for every 25 patients is associated with a 21% increase patient deaths after common surgeries. Thus, the quest to reduce health expenditures often leads to policies about nurse staffing that when rigorously studied are found not to save money and also result in poor patient outcomes.

*Hospital work environments:* Every person who has been hospitalized observes that hospital staff seem very busy, often too busy to explain treatments and medications or to respond to requests for help in a timely manner. These signs of hurried care are often due to too few budgeted positions for nurses and other staff. But additionally, our research across many countries and thousands of hospitals has documented that the clinical care environment in too many hospitals is disorganized and chaotic, and often communication is poor between doctors and nurses. Our research shows that on average each hospital nurse is interrupted in mid-task once an hour to solve problems such as missing equipment, drugs and treatment supplies, lost laboratory test results, and missing doctors' orders. It is a safety hazard for nurses to be interrupted so often in complex tasks such as medication administration or surgical dressing changes, and such interruptions undermine the efficiency of nurses and further exacerbate nurse staffing shortages.

Our research has pioneered the development of survey measures to monitor the quality of hospital work environments. We have demonstrated that patient outcomes suffer in hospitals with poor work environments. Even after taking into account differences in nurse staffing across hospitals, our published research in leading international scientific journals shows that hospitals with poor work environments experience more preventable deaths, more infections, more readmissions, longer hospital stays, and lower patient satisfaction. Compared to hiring more nurses, improving hospital work environments is a reasonably low cost lever to improve hospital quality and safety of care. Improvement in work environments requires creating a culture of professional respect and teamwork between doctors and nurses as well as more responsiveness of hospital managers to resolve operational failures that undermine the efficiency and effectiveness of clinical professionals.

Our program of research over 3 decades has produced more than 300 scientific papers in the best interdisciplinary research and policy journals in healthcare including the Lancet, European Journal of Public Health, British Medical Journal, Journal of the American Medical Association and others showing that professional nurses are a significant contributor to high quality of hospital care and good patient outcomes. We also show that investments in professional nursing return good value to hospitals and health systems because excellent nursing care prevents expensive complications. Our results show that national policies limiting the number of budgeted positions for professional nurses and thus forcing nurses to seek jobs outside the country is not in public's interest.

Our research has had a major impact in many countries in motivating governments to change their healthcare workforce policies. Our research has motivated a number of countries to establish required safe hospital nurse staffing standards. Just this past year, Wales, Ireland, and the state of Queensland, Australia passed legislation to require hospitals to implement minimum nurse to patient ratios based upon our research. Our research was influential in the decision several years ago of the European Parliament to vote in favor of modernizing nurse education pathways to include bachelor's education for nurses. While all of Spain's nurses have bachelor's qualifications, there is great variation in nurses' educational requirements in most other European countries. Additionally, our research has influenced international hospital accreditation programs to include a focus on improving nursing. Specifically

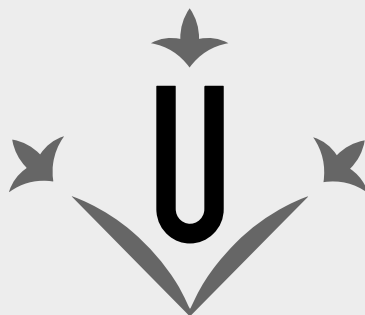
our research contributed to the success and globalization of an accreditation for hospital nursing excellence known as Magnet Recognition, a form of accreditation some Spanish hospitals are working to achieve. Our research shows that the blueprint comprising the Magnet Recognition accreditation program results in improved hospital work

Our research has helped to bring professional nursing from the background of health services and health policy to the foreground. Nurses are taking on ever greater and more central roles in healthcare, and good nursing care has a profound effect on whether patients survive surgery, avoid infections and other complications of hospital care, and are able to better manage their health conditions in community living arrangements. Resources are finite and all of our countries are struggling to pay for health care. Our research shows without doubt that investments in nursing return very good value even in a context of limited resources. Our nurses are a very important national asset and we should employ them wisely and do all we can to create enough budgeted positions so that our citizens can benefit from better health.



***Conferencia impartida por la doctora  
Doris Grinspum con motivo de su  
investidura como Doctora Honoris Causa  
por la Universitat de Lleida***

***Sesión académica extraordinaria,  
8 de febrero de 2018***

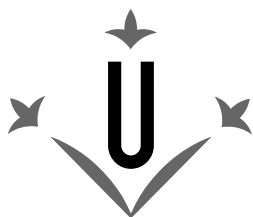






***Conferencia impartida por la doctora  
Doris Grinspum con motivo de su  
investidura como Doctora Honoris Causa  
por la Universitat de Lleida***

***Sesi3n acad3mica extraordinaria,  
8 de febrero de 2018***



**Universitat  
de Lleida**



## **Doctora Doris Grinspum**

*Doctora Honoris Causa por la Universidad de Lleida (2018)*

*PhD, MSN, BScN, RN, LLD(hon), Dr(hc), O.ONT*

*Doris Grinspum es la gerente ejecutiva (Chief Executive Officer) de la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO), la asociación profesional que representa a enfermeras registradas, nurse practitioners, y estudiantes de enfermería en la provincia de Ontario, la jurisdicción más grande de Canadá. El mandato de RNAO es promover políticas públicas saludables y el papel de las enfermeras registradas y nurse practitioners. Grinspum asumió este cargo en 1996. Es la fundadora y visionaria del Programa de Guías de Buenas Prácticas internacionalmente reconocido de RNAO y una figura destacada en la política de salud y en la enfermería canadiense e internacional.*

*De 1990 a 1996, Grinspum se desempeñó como Directora de Enfermería en el Hospital Mount Sinai de Toronto. También ha trabajado en práctica asistencial como en actividades administrativas en Israel y los Estados Unidos. Grinspum, quien nació en Chile, tiene un diploma RN de la Escuela de Enfermería Hadassah en Jerusalén, Israel; un bachillerato en Enfermería y Comportamiento Organizacional de la Universidad de Tel Aviv, Israel; una Maestría en Ciencias en Enfermería de la Universidad de Michigan en Ann Arbor, Michigan, Estados Unidos; y un Doctorado en Sociología del Departamento de Sociología de la Universidad de York en Toronto, Ontario, Canadá.*

*Grinspun es profesora adjunta en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Toronto, profesora adjunta en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Ottawa y miembro asociado del Centro de Investigación sobre América Latina y el Caribe (CERLAC) de la Universidad de York. Grinspun fue miembro de la junta directiva de Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing (Sigma) del 2013 al 2017. Ella ha liderado varios grupos de trabajo y comités de Sigma y es una orgullosa Sigma's Virginia Henderson fellow.*

*Durante más de dos décadas, Grinspun ha liderado muchos programas internacionales en América Latina y América Central, China, Australia y Europa. Ha publicado extensivamente y brindado numerosas conferencias magistrales en Canadá y el extranjero. Es una firme defensora del sistema de salud universal de Canadá y de la contribución tanto de las enfermeras registradas, como de las nurse practitioners en su éxito. Su experiencia es en las áreas de salud y enfermería.*

*Grinspun aparece frecuentemente en los medios de comunicación, actualizando temas en enfermería, salud, política social, y práctica basada en evidencia. Ha aparecido en altos medios de comunicación y publicaciones por su liderazgo audaz, convincente y visionario. Los ejemplos incluyen El Norte de la Ciudad (Ontario, 2004); National Review of Medicine (Canadá, 2004); Perfil Provincial GP (Ontario, 2005); Pace International (Australia, 2005); Factor Hispano (2006); Nursing Economic\$ (Estados Unidos, 2010); Jewish Tribune (Canadá, 2013); El País (España, 2014); La Vanguardia (España, 2012, 2014); y numerosos periódicos en Chile, Perú y España en 2016, 2017 y 2018.*

*A lo largo de su carrera, Grinspun ha recibido innumerables premios profesionales y académicos. En 2003, el gobierno de Ontario la investió con la Orden de Ontario, en reconocimiento del más alto nivel de excelencia individual y logros en cualquier campo. En 2010, la Asociación Canadiense de Negocios Hispanos la nombró uno de los 10 canadienses hispanos más influyentes. En 2011, el Instituto de Tecnología de la Universidad de Ontario le otorgó el título de Doctor en Leyes Honoris Causa. En 2012, recibió el Premio de Liderazgo en Enfermería de Lambda Pi at-Large de Sigma. También en 2012, Grinspun recibió el Premio de Liderazgo de Enfermería del Canadian College of Health Leaders. En 2013, recibió la Medalla del Jubileo de Diamante de la Reina Isabel de Reino Unido. En 2017, el Colegio de Enfermeros de Perú le otorgó la Lámpara Florencia Nightingale (Lámpara de Florence Nightingale). También en 2017, fue declarada Visitante Distinguida Municipalidad de Tacna, Perú, y se le otorgó la Medalla de la Ciudad de Tacna. En Febrero de 2018, Grinspun fue la primera enfermera en recibir un Doctor Honoris Causa por la Universitat de Lleida - España.*



## ***Lección Magistral***

***La enfermería como una fuerza social:  
Valores, evidencia y coraje***



Rector Magnífico de la Universitat de Lleida, D. Roberto Fernández

Autoridades académicas

Claustro de profesores de la Universidad de Lleida y comunidad académica

Señoras y señores

Colegas, amigas, amigos, líderes en chancletas, brujis majocas, familia – suegrita, hermanas y hermanos (que lindo tenerlos conmigo aquí), hijos e hija, nietecitos y nietita, y... el amor de mi vida también aquí presente:

### **GRACIAS**

¡Gracias por acompañarme en un día tan especial! Un día especial para mí y para la Enfermería en Lleida por varias razones. Para empezar, es un día de alegría y de tristeza. Este es un día en el que celebramos logros importantes, pero al mismo tiempo, la persona que más querría celebrar con nosotros está ausente. Un día en el cual se eleva a la Enfermería de Lleida, pero el que más la ha elevado ya no está con nosotros. Muchos de ustedes saben a quién me refiero – nuestro gran líder y amigo José María Camps. El, y otra amiga de mi alma, Dolors Fauria, que también estaría aquí si la muerte no nos la habría robado tan temprano, son los dos que iniciaron mi trayectoria de trabajo y de amistad en Cataluña. El uno de Lleida y la otra de Girona.

Fue hacia el año 2000 cuando nos conocimos los tres en el congreso internacional de enfermeras gracias a una pasión común: nuestra Enfermería. Lo que nos unió del primer minuto fue un deseo ferviente de posicionar a la enfermería para que nuestras profesionales pudiesen dar atención de excelencia a sus pacientes. Sobre esta base de valores comunes, llevamos adelante varias campañas para mejorar el acceso a los recursos humanos de enfermería.

Para mí, José María y Dolors están hoy aquí celebrando con nosotros, pues si tristemente sus cuerpos ya no están, sus enseñanzas y entrega a la profesión nunca nos dejarán. Es por esto, que a ellos les dedico este honor.

Gracias a José María conocí a la que hoy es mi madrina. Esta es una mujer inteligente y sensible que lucha por la justicia social, los derechos humanos para los inmigrantes indocumentados, el avance de los determinantes de la

salud, y el acceso a los servicios de la salud. Me refiero, por supuesto, a la Dra. Montserrat Gea. Es ella, apoyada, por el decano Dr. Joan Blanco, quienes han llevado este proceso intenso y riguroso a través de su Facultad de Enfermería y Fisioterapia para postularme a este inmenso honor que acepto con mucha humildad. Gracias, Dra. Gea, por tus generosas palabras de presentación; sin duda alguna tu ejemplificas cada uno de los valores que me atribuyes a mí.

## **LA VIDA**

Se dice que la vida nos va formando, y yo digo que lo que hacemos con nuestras vidas es lo que va marcando paso para nosotros y moldeando nuestra contribución personal, profesional y social.

Por mi lado, siempre quise un mundo más justo y equitativo. Desde niña cuando en Santiago, Chile no lograba entender porque venían a mi casa niños que, como yo, querían simplemente comer. Estos niños, que estaban al otro lado de las rejas de mi casa, fueron los me enseñaron lo que es la injusticia social. Con ellos aprendí que, si bien todos nacimos igual de desnudos, emprendemos esta trayectoria que es la vida con oportunidades desiguales. Con ellos, y otras personas destituidas que he tenido el privilegio de conocer a través de los años, aprendí que la casa en que vivimos, la educación a la que podemos acceder, las ropas que podemos comprar, y lo incluidos o excluidos que estamos en nuestras comunidades, marcan posibilidades diferentes y construyen, o a veces, rompen, sueños.

Más tarde, viviendo mi juventud temprana en Israel, y recién cursando el segundo año de Enfermería, fui llamada a cuidar a soldados quemados durante la guerra. De estos soldados aprendí prontamente lo que es el horror de la guerra y la violencia. De la inutilidad de este sufrimiento desarrollé mi convicción de que debemos enfrentar a los nefastos intereses que se esconden detrás del sufrimiento, la exclusión y la violencia.

Pero ese periodo fue también uno donde encontré esperanza a través del amor. Sabía que este sería un amor que me acompañaría en buscar una vida diferente. Una vida impregnada de valores sociales y de apoyo incondicional para llevar adelante no una, sino un sinfín de luchas enfocadas en moldear un mundo mejor; mejor para todos, sin importar el color de su piel o el credo de su libro. Pues los humanos, seamos nosotros del género o sexualidad que escojamos, o cualquiera sea nuestra clase social, tenemos derecho a una vida digna.



Fue en esta región de conflicto incesante entre Israel y los palestinos, donde armados de coraje, Ricardo y yo luchamos por la paz, los derechos de los oprimidos, el reconocimiento mutuo, y la resolución no violenta. Cuando tuvimos a nuestros dos hijos adorados, aprendí a valorar el sufrimiento de todas las madres y padres, dondequiera que estén, cuando sus hijos caen víctimas a la pobreza, hambre, exclusión, violencia y opresión.

El tren de mi vida, ahora ya con Ricardo, mi compañero de camino y padre de nuestros hermosos Eitan y Yuval, nos llevó a una tercera estación, Estados Unidos. Allí aprendí el valor del acceso universal a los servicios de salud, pues penosamente no existía.

Trabajando en el servicio de rehabilitación del magnífico hospital universitario en Ann Arbor, Michigan, aprendí que a veces salvamos vidas, pero nos tarda mucho más salvar cuerpos y almas. Aprendí en forma dura, que, sin ese acceso universal, todo lo que sabemos y queremos entregar a nuestros pacientes se ve repentinamente interrumpido por billeteras vacías, falta de seguros de salud, o seguros que no alcanzan. Aprendí también, como muchos de aquellos que trabajamos en rehabilitación lo saben, que a veces las dolencias físicas sanan más rápidamente que las sociales. Y son tanto las últimas como las primeras las que salvaran nuestras almas después que nuestro cuerpo ya ha sido saneado. En Estados Unidos aprendí que a veces hay que tener el coraje para romper las reglas. Como fue omitir datos sobre algunos costos de insumos para prevenir que un paciente fuera dado de alta prematuramente por razones financieras.

Habiendo cumplido nuestras metas de trabajo y de estudio en Michigan, nuestra cuarta estación de vida fue elegida con mucha reflexión. Canadá nos ofrecía valores que reflejaban quien somos como pareja y como seres humanos. En particular, la sociedad canadiense reconoce una balanza razonable entre los derechos individuales y los colectivos. Representa una democracia más auténtica y más inclusiva. Una red de seguro social envidiable que incluye la salud y educación universal. Su única desventaja desde nuestro punto de vista era el invierno, pero si eso era lo peor, sonaba bastante tolerable. Así partimos a asentar raíces en lo que creemos será nuestra última estación de vida.

Fue esta trayectoria, rica en vivencias familiares, profesionales y sociales que ampliaron mi ADN profundamente. Mis valores se ensancharon, mis conocimientos se profundizaron y mi coraje estallo. Ya con 37 años, sirviendo como directora de enfermería en el hospital Monte Sinaí en Toronto, y solidificando mi madurez emocional y capacidad profesional, me atreví a soñar en grande.

Con mentores gigantescos en cada estación, una familia llena de amor, y un compañero incomparable, soñar para mí no fue difícil. Lo importante era visionar los puentes necesarios para transformar distintos sueños en realidades. De ahí nació mi obsesión por el trabajo colectivo, sabiendo que para criar un niño sano se requiere de la nutrición de un pueblo entero, entendí que para crear una sociedad sana se requiere de la nutrición de toda una selva.

### **ENFERMERIA COMO UNA FUERZA SOCIAL: RNAO**

Cuando en 1996 se me nombró directora ejecutiva de la asociación profesional de enfermeras registradas de Ontario, la RNAO, era esta, en ese entonces, una asociación profesional un tanto callada y tímida. Una de mis primeras actividades fue escribirles a nuestros entonces 9,000 miembros diciéndoles que nuestro mayor problema era que nadie se sentía dueño de la asociación. Les urgí que esto tenía que cambiar.

Me guiaba Florence Nightingale, que en uno de sus tantos escritos brillantes dijo:

*“No hay magia en la palabra Asociación ... Nunca debemos olvidar que el ‘individuo’ hace a la Asociación. Lo que la asociación es, depende de cada uno de sus miembros. Una Asociación de Enfermeras nunca puede ser un sustituto de la enfermera individual. Es ella [y yo diría también el] quien debe, cada uno en su propia medida, dar vida a la Asociación, mientras que la Asociación la ayuda.”*

Este pensamiento nos guió en definir los tres grandes pilares sobre los cuales transformamos a RNAO en la poderosa entidad que es hoy con más de 41,000 miembros energizados, un personal de 100 expertos, y juntas directivas valientes e inspiradoras.

## **PILARES DE UN LIDERAZGO PODEROSO**

Estos pilares son los valores, la evidencia y el coraje. Son pilares que caracterizan como RNAO realiza su trabajo, y son los preceptos que guían a nuestros miembros y todos los que se afilian con nuestros programas; por eso nos gusta decir que llevamos los valores, la evidencia y el coraje en la sangre.

### **VALORES, EVIDENCIA Y CORAJE**

#### ***El primer pilar: Liderar con Valores***

Nuestro liderazgo tanto individual como colectivo está anclado en el pilar de los valores. Estos son valores humanos, imbuidos de una pasión orientada a crear una realidad mejor; mejor para todos en salud y en enfermedad; como también una realidad mejor para las enfermeras y todos los profesionales de salud que trabajan día y noche para ayudar a las personas. Como consecuencia de esto construimos una abogacía de políticas de salud que parte de los determinantes sociales y ambientales que nos ayudan a mantenernos sanos. Y tal como lo refleja el trabajo de la Dra. Gea, también el acceso universal a sistemas sanitarios es un determinante de la salud, algo indispensable cuando las redes sociales de nuestras comunidades fallan.

Por eso las consignas de RNAO son: “Hablando por la salud, hablando por la enfermería.”

Liderar con valores requiere no solo claridad de pensamiento y disposición moral – de ser así, todo se quedaría en los buenos deseos. Esto nos lleva al segundo pilar de la evidencia. Liderar con valores requiere de un conocimiento profundo y una preparación detallada. Esto también fue uno de los legados de Florence Nightingale, que fue una científica eminente que entendía profundamente el rol de la evidencia en la enfermería y los sistemas sanitarios.

#### ***El segundo pilar: Liderar con Evidencia***

Liderar con evidencia toma dos dimensiones. La una en políticas de salud y la otra en prácticas clínicas del cuidado.

##### ***Políticas de salud:***

En políticas de salud, este segundo pilar ha sido esencial en el trabajo que he construido con RNAO. Esto es lo que nos ha permitido armar a nuestros

miembros con el conocimiento detallado para argumentar diferentes políticas de salud. Aquí me enorgullece agradecer a mi gran equipo en RNAO de expertos en la materia. Son ellos, juntos a la junta directiva de RNAO, que le dan vida y vigencia a esta gran frase de Florence Nightingale:

“Debemos crear una opinión pública que sea impulsora del gobierno, en lugar de que el gobierno nos conduzca a nosotros. Una opinión pública bien informada, sabia en los principios y sabia en los detalles.”

Gracias a estos expertos de RNAO, tenemos el conocimiento y evidencia necesarios para argumentar y movilizar a miles de enfermeras, enfermeros y estudiantes de enfermería a abogar por un mejor salario mínimo, a luchar por los destituidos, y exigir mejoras de vivienda accesible y albergues para personas que sin culpa propia no tienen un techo donde protegerse del violento frío del invierno canadiense.

Es con ellos y gracias a ellos que logramos que nuestro gobierno prohíba la venta, compra y uso de pesticidas para uso cosmético. Y es la pericia de nuestro equipo de políticas de salud que también nos permite seguir empujando para lograr los recursos de enfermería necesarios en los servicios de salud para optimizar los resultados de atención. Y son ellos junto con nuestro gran departamento de comunicación que sirven como un gran megáfono frente a los medios de prensa y otras importantes comunicaciones.

*Prácticas clínicas:* En el área de las prácticas clínicas, este segundo pilar de la evidencia se visualiza ampliamente en la preparación que como asociación profesional nos propusimos darles a nuestros miembros a través de crear y ayudar activamente a implantar las guías de buenas prácticas basadas en la evidencia.

Este programa de tremenda envergadura ha sido apoyado financieramente por el gobierno de Ontario desde su inicio en el año 1998 y hasta el presente. Empezando en RNAO con solo dos personas, este programa cuenta hoy con un equipo de casi 50 expertos que trabajan jornada completa dentro de la asociación. Con ellos, estoy endeudada por su compromiso, capacidad y esfuerzo extraordinario. Ellos son el fundamento de esta verdadera revolución en la enfermería.

Pero esta visión de preparar a nuestros miembros a dar servicios clínicos óptimos basados en la evidencia, es la que se desbordó más de lo que nunca podría yo haber imaginado. Fue creciendo como un tren, el gran tren de muchas vidas.

La primera y más importante estación, causo un desborde masivo. Esta fue en Madrid, y el nombre de la estación es Mayte Moreno. Esta es una Dra. en Enfermería que, además de ser sabia, tiene un compromiso extraordinario y un coraje de acción.

La Dra. Moreno, junto con su pequeño y a la vez gigante equipo de Investen – Estercita, Laurita y demás – han tenido la visión y el coraje de llevar este programa de RNAO a cada rincón de nuestro hermoso España. Más aun, es su esfuerzo de traducir las guías de RNAO al español, que han abierto las vías de tren que conducen a muchas otras estaciones. Las aventuras de implementar las guías en un país nuevo, en un idioma y una cultura diferente, han sido exaltantes. Juntos hemos construido nuevas visiones para compartir nuestras riquezas en muchas otras estaciones.

Estas estaciones se encuentran ya alrededor del mundo; las llamamos BPSOs. Son casi 600 instituciones, y activan en ellas unos 50,000 “campeones” (“champions”) – que están organizados en 7 BPSOs Anfitriones y 125 Directos que le dan vida a las guías clínicas de RNAO. Estos son las enfermeras, enfermeros, matronas, fisioterapeutas y otros profesionales de salud, que han imbuido la evidencia en sus mentes y las transforman en realidad aplicándolas a los cuidados del día a día a sus pacientes resultando en mejoras en resultados de salud. ¡Ellos sí que se merecen este reconocimiento!

Los BPSOs en su conjunto, que ya se ubican en cuatro continentes, reflejan una fuerza social para transformar a la enfermería a través del conocimiento. Como dijo Florence Nightingale en 1844:

*“Creo que los sentimientos de uno [y yo diría también conocimientos] se pierden en palabras: todos deben destilarse en acciones que produzcan resultados.”*

Los BPSOs son una fuerza social que juntos capturan quiénes somos: un colectivo de enfermeras que está arraigado en valores y que, utilizando

la evidencia, domina el coraje con una convicción irrompible para actuar y producir resultados positivos para pacientes, sistemas de salud y las comunidades en las que vivimos y trabajamos.

### ***El tercer pilar: Liderar con Coraje***

Los valores y la evidencia son ingredientes necesarios, pero no suficientes para lograr una enfermería influyente, una enfermería que opera como fuerza social para avanzar un mundo mejor para todos. Por esto, el tercer pilar, liderar con coraje es fundamental para hacer una realidad de este, y cualquier otro sueño, ilusión o pensamiento que tengamos. El coraje permite enfrentar los desafíos y botar las barreras. Sin el coraje, no habrá un mundo que no deja a nadie atrás. Tampoco habrá un mundo que respeta al próximo no por quien es sino porque es como es. Para lograr aquello, se requiere de valores, evidencia y coraje. Así, podemos concebir de un mundo donde si bien nacemos diferentes, lo que nos une es una humanidad genuina. Lo que nos motiva no es lo que nosotros mismos alcanzamos, sino como apoyamos y celebramos al otro a realizar toda su potencialidad.

### **LA ENFERMERIA COMO FUERZA SOCIAL**

Las enfermeras representamos la fuerza laboral más grande en nuestro sistema de salud. Trabajamos en todos los sectores, en todas las especialidades y en todos los roles. Nuestra fuerza en números, nuestros conocimientos y nuestra experiencia nos dan una comprensión profunda de cómo mejorar el acceso oportuno a una atención de calidad para las personas en diversos países, y así también optimizar sus resultados de salud.

Nuestros sistemas de salud están constantemente evolucionando y como enfermeras debemos ser un ente catalizador central. Estamos preparadas en valores y evidencia y debemos conquistar el coraje para exigir a nuestros gobiernos y empleadores a desbloquear todo el potencial de sus enfermeras para el beneficio de todos. Como ya dije una vez, un país con una enfermería fuerte será un país más feliz.

Nuestra enfermería como fuerza social requiere de un colectivo robusto, unido, preparado y arraigado en valores sociales. Los profesionales de salud, y en especial sus enfermeras y enfermeros, debemos estar presentes en todos los ámbitos sociales: en las poblaciones de excluidos y en las mansiones del poder; en las calles de protestas y en las salas de decisiones. Este es el tipo

de colectivo que hemos alcanzado en RNAO, y sin lugar a duda, este será el colectivo que ustedes alcanzaran aquí en Lleida liderados por Montserrat Gea y su Junta Directiva. Cuando las enfermeras nos transformamos en un movimiento social, solo las estrellas son el límite, y las vuestras tienen almas sonrientes que nos iluminan a todos.

A nivel personal y para finalizar, les agradezco de todo corazón por haber construido aquí en Lleida una estación tan hermosa en el tren de mi vida. Y ahora como miembro de esta – la más antigua universidad en Cataluña – me comprometo a contribuir activamente a su continuo fortalecimiento y distinción.

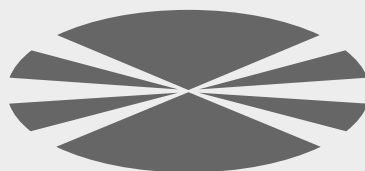
¡Gracias, gracias y más gracias!





***Conferencia impartida por la doctora  
Denise Gastaldo con motivo de su  
investidura como Doctora Honoris Causa  
por la Universidade da Coruña***

***Sesión académica extraordinaria,  
19 de septiembre de 2019***





***Conferencia impartida por la doctora  
Denise Gastaldo con motivo de su  
investidura como Doctora Honoris Causa  
por la Universidade da Coruña***

***Sesión académica extraordinaria,  
19 de septiembre de 2019***



**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**



## **Doctora Denise Gastaldo**

*Doctora Honoris Causa por la Universidad de A Coruña (2019)*

*BScN, MA, PhD*

*Profesora asociada y ex directora del Centro de Investigación Crítica de la Salud Cualitativa, Escuela de Salud Pública Dalla Lana, Universidad de Toronto. El trabajo académico de la Dra. Gastaldo explora la salud como fenómeno social. Se centra en cómo se produce la salud a través de procesos sociales, políticos y económicos, explorando la migración y el género como determinantes sociales de la salud, tanto en Canadá como a nivel internacional. En su calidad de becaria académica de la CCQHR, ha acogido a académicos visitantes y ha trabajado con numerosos estudiantes de doctorado y becarios posdoctorales que realizan investigaciones cualitativas interdisciplinarias sobre la salud en varios países. La Dra. Gastaldo también ha introducido la salud global como un componente central del plan de estudios de enfermería de posgrado y ha hecho grandes avances en la creación de capacidad para la investigación y la educación en salud internacional. En 2019, recibió un doctorado honorario (Doctor Honoris Causa) de la Universidad de A Coruña, España, en reconocimiento a este trabajo. Por ejemplo, fundó la Colaboración Internacional de Doctorado en Enfermería que involucra a las facultades de enfermería de Canadá, España, México, Australia y Finlandia. En la actualidad, la Dra. Gastaldo colabora con programas de posgrado en la Universidad Federal de Ceará, la Universidad de Brasilia y la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, en Brasil, y con académicos de España y de varios países latinoamericanos.*

*Como investigadora, la mayor parte del trabajo de Denise se relaciona con metodologías participativas, de acción y basadas en la comunidad, de ahí su interés en cuestiones de traducción e intercambio de conocimientos y métodos creativos. Ha utilizado estos enfoques para estudiar el género y la migración como determinantes sociales de la salud, centrándose cada vez más en la teoría postcolonial. Como instructora de los cursos NUR1024 (“Fundamentos de la investigación cualitativa”) y NUR1028 (“Introducción a la investigación cualitativa”), Denise ha formado en la Universidad de Toronto a unos 200 estudiantes de máster y de doctorado en fundamentos teóricos y enfoques metodológicos de la investigación cualitativa en las ciencias de la salud.*

*Desde 2002, ha dirigido varias tesis doctorales de la Universidad de las Islas Baleares, España, que se basan en la teoría crítica y post estructuralista. Una década de trabajo de supervisión ha contribuido a crear un cuadro de investigadores que exploran fenómenos sanitarios socialmente relevantes, como las relaciones de poder en la atención sanitaria, los cambios en el sistema sanitario, la migración y el género como determinantes sociales de la salud, y el impacto del trabajo de enfermería en la salud de la población. Además, durante la última década, ha impartido numerosos talleres sobre investigación cualitativa en países tan diversos como Australia, Nicaragua, Suecia y México. Algunos de los proyectos desarrollados por antiguos alumnos evolucionaron hasta convertirse en proyectos de investigación financiados en los que ella ha desempeñado un papel de asesora metodológica. Por ejemplo, tras un taller de investigación cualitativa que impartió a las enfermeras de la antigua Área 6 de Atención Primaria de Madrid, los profesionales han llevado a cabo una investigación de acción participativa para evaluar la calidad de la atención domiciliaria en entornos urbanos, peri-rurales y rurales. Como resultado, propusieron estrategias para aumentar la continuidad de los cuidados entre los profesionales y los cuidadores familiares e implementar pautas para mejorar la atención clínica, emocional y social de las personas mayores y dependientes que se encuentran en su domicilio. Otra forma de promover la formación continua que ha propuesto ha sido asociarse con otros investigadores iberoamericanos para organizar la Conferencia Iberoamericana de Salud Cualitativa. Hasta ahora, han tenido congresos bianuales en México (2003), España (2005) y Puerto Rico (2008), Brasil (2010) y Portugal (2012) en los que Denise ha tenido un papel activo como organizadora, excluyendo la última iteración. Denise también ha coeditado 2 volúmenes sobre investigación cualitativa en salud en Iberoamérica para ayudar a reunir las contribuciones de 17 países.*



***Conferencia impartida por la doctora Denise Gastaldo con motivo de su investidura como Doctora Honoris Causa por la Universidade da Coruña***

***Sesión académica extraordinaria, 19 de septiembre de 2019***





Magnífico y Excelentísimo Sr. Rector de la Universidade da Coruña, Autoridades académicas, Claustro de profesores de la Universidade da Coruña y representantes de la comunidad académica española e internacional,

Compañeras, Compañeros, Amigas, Amigos y Familiares,

*Dedico esta presentación a la memoria de Andrée Maniette, Michel Perreault y Mme Kerouac, de la Université de Montréal, Pilar Ferrer de la Universitat de les Illes Balears y Francisco Mercado de la Universidad de Guadalajara – personas que me acompañaron o promocionaron mis colaboraciones académicas en España.*

En 1986, mi madre leyó una pequeña noticia en un periódico de Porto Alegre. En España se estaba ofreciendo becas para latinoamericanos para celebrar los 500 años del descubrimiento de América. Claro que desde la perspectiva de los americanos nativos eran 500 años de la invasión, pero en ese momento yo tenía una actitud bastante colonizada por la fuerte influencia cultural de Estados Unidos y Europa en América Latina, donde la mayoría de nosotros reverenciábamos todo lo que venía del llamado “primer mundo” como superior. A lo largo de más de cinco siglos fuimos definidos por todas nuestras supuestas deficiencias y ausencias; no por la calamidad que el colonialismo y el imperialismo capitalista creó en esa parte del mundo. En esa compleja relación colonizador-colonizado, mi vida personal y académica fue pautaada por una experiencia de hibridismo, ambivalencia y mestizaje.

Fui la primera persona de mi familia en regresar a Europa, de donde mis genes y mi cultura familiar proceden, pero donde yo, mis hermanos, mis padres y abuelos jamás habíamos estado. Mi padre me dijo eso antes que yo tomase el avión para Madrid a principios de enero de 1987. Con un abrigo prestado de mi compañera, Gessy Genz, una excelente enfermera y visionaria de la enseñanza de enfermería, llegué delante de un convento a las 7h de la mañana, donde las monjas de clausura me dijeron: “¿Vienes de Brasil? ¿Y nos dices que Nieves llamó para decirnos que llegarías hoy?” Me dejaron en el portón y desaparecieron. Volvieron un rato después. No sabían nada de mi llegada. La hermana vasca, Nieves, solía enviar gente así, de sorpresa. En pocos minutos, me ubicaron en la habitación reservada para los curas, fuera de la casa, al lado de la capilla y me ofrecieron desayuno.

## De ATS a Enfermera cientista<sup>1</sup>

Días después, ya con una habitación en un piso cerca del Parque del Retiro, en casa de Pepita, empecé la especialización en la Escuela Nacional de Sanidad, donde surgieron dos problemas. Primero, el curso era malísimo; segundo, pasados casi 3 meses, alguien supuso que yo era ATS (ayudante técnico sanitario). Me llamaron al gabinete del jefe de estudios y él me preguntó: “¿Eres ATS?” y yo contesté, “no sé qué es eso; soy enfermera con grado y licenciatura; tengo 5 años de estudios universitarios”. Silencio – dado que tal titulación no existía en España entonces. Definir a la profesional que es la espina dorsal del sistema sanitario, la única que está 24 horas en contacto con los pacientes, por un acrónimo de 3 letras – ATS – me hizo intuir que algo no estaba bien en la posición de la mujer o en el sistema sanitario en la España post-franquista, como aprendería años más tarde trabajando con Gloria Gallego y Marga Miró, mis ex-estudiantes de doctorado de la Universitat de les Illes Balears (UIB)<sup>2 3</sup>.

Los compañeros de clase se enteraron de lo ocurrido y me hicieron preguntas para intentar ayudarme y decidir cuál era la denominación de mi profesión: ¿Pones inyecciones? Y yo: “puedo hacerlo, claro, pero actualmente hago investigación”. Otro silencio. Entre un compañero catalán graciosísimo y una compañera de Salamanca, preocupada porque no me diesen el certificado, decidieron: “no eres ATS; no sabemos lo que eres, pero eres una mezcla de farmacéutico, matrona, ATS y médico; algo que aquí no hay”.

El apoyo de mis compañeros fue fundamental para mí, además me encantaban sus invitaciones constantes, porque la beca era tan mínima que yo no me podía permitir comprar meriendas entre clases, pues quería viajar por Europa una vez terminado el curso. Las compañeras y compañeros se pasaron meses invitándome a refrescos, té, mostos y bocadillos. En particular, quiero

---

<sup>1</sup> Utilizo en ese texto la expresión “enfermera cientista”, no científica, porque prefiero el término latinoamericano, más cercano del inglés “scientist” y del portugués “cientista”.

---

<sup>2</sup> Gallego Caminero, Gloria (2015). *Enfermería al servicio de las ideas. Celebrando un centenario más allá de los mitos. Centenario Enfermería – Centenario del Título Oficial de Enfermería en España* (p. 11–27). Murcia: Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia.

---

<sup>3</sup> Miró, M., Gallego, G., Gastaldo, D., & Nelson, S. (2012). *Spanish nursing under Franco: Reinvention, modernization and repression (1956–1976)*. *Nursing Inquiry*, 19 (3): 270–280.

mencionar, que la médica de familia Pepa González y su novio Víctor fueron como mi segunda beca, incluyendo financiación de viajes de fin de semana, eventos culturales y licor de madroño en frías noches de movida madrileña. Aprendí muy poco de salud pública, pero mucho de la vida gracias a esa estancia académico-cultural en Madrid.

Lo que no os dije es que en la convocatoria decía explícitamente: curso de especialización para médicos, farmacéuticos y veterinarios, en ese orden. Pero yo pensé: “Si ellos pueden, ¿por qué yo no? Seguro que se olvidaron de poner ‘enfermera’ en esta lista” (¡qué ingenuidad la mía a los 23 años recién cumplidos!). Para los estudiantes aquí presentes, quiero decir que lograr esa titulación fue consecuencia de haber trabajado más y mejor que casi todos ellos, de sentirme miembro de un grupo que no entendía lo que yo era, pero me daba apoyo porque creía en mi calidad como ser humano y como profesional, además yo no temía lo inusitado, lo que nunca se había hecho antes; de no haber sido así, no tendría el título.

Casi un año más tarde, llegé a la casa de mis padres en Porto Alegre mi certificado de la Escuela Nacional de Sanidad, de la Universidad Complutense de Madrid, que decía: de profesión “Diplomada en Enfermería”. De licenciada nada.

¿Por qué os cuento esta historia? Porque esta historia representa los inicios, pero todavía enmarca las características centrales, de mi trabajo de colaboración de los últimos 21 años con investigadoras y académicas<sup>4</sup> de enfermería y del área de la salud en España – determinación, creatividad y capacidad de compartir recursos institucionales y personales (en un contexto de poco dinero, pero muchos recursos). Ya os habréis preguntado: ¿cuántas horas sin cobrar hemos trabajado entre todas en los últimos 20 años para el desarrollo de la investigación en enfermería en este país? ¿Sabéis en cuantas casas he dormido en los últimos 21 años? Ni yo, ya me resulta imposible recordar a tanta gente generosa que ofreció sus recursos personales para que yo viniera a enseñar o a investigar con vosotras. No obstante, muchos fragmentos de detalles cálidos quedan vivos en mi mente. Por ejemplo, me acuerdo de una profesora que al recibirme en su casa estaba muy preocupada por saber qué come en el desayuno una brasileña- canadiense. Recibió información de otra profesora que me gustaba la mermelada de naranja; y allí estaba. Así de detallistas han sido mis compañeras de trabajo en España.

---

<sup>4</sup> Utilizo aquí *enfermera(s)* como el término genérico para toda la profesión.

Son muchos años, innumerables clases, incontables horas de dirección de tesis, trabajo con grupos de enfermeras investigadoras y enfermeras hospitalarias o de salud comunitaria, colaboraciones en distintas universidades, además de las múltiples visitas cortas y largas de estudiantes e investigadoras a la Universidad de Toronto. Por eso, como buena canadiense, me disculpo desde ya, pero será imposible hacer una síntesis de lo que hemos hecho juntas y nombrar a todas las personas con quien he trabajado intensamente en estas dos décadas. Para mí, este doctorado representa una celebración de una causa, la gran inversión colectiva para el desarrollo de la investigación en enfermería en España, de la cual yo tengo el honor de haber formado parte hasta hoy.

Todo empezó en 1998, cuando yo pasé cuatro meses trabajando con Mayte Moreno y las primeras compañeras en Investen<sup>5</sup>, todavía en sus inicios. Esa estancia me brindó la oportunidad de estar hoy aquí y añadió muchas amistades a mi vida. Por ejemplo, además de Mayte, María Teresa Salas, una psicóloga con quien he tenido el placer de vivir muchas veces en Madrid desde entonces. Una vez terminada mi estancia en Investen, cuando Mayte me llamaba “Denise, la Piquer” (en referencia a la cantante Concha Piquer), porque me envió a varias comunidades autónomas para dar clases de cualitativa – con la diferencia que yo viajaba con una maletita, no un baúl – yo seguí colaborando con Investen y la investigación clínica, pero empecé a trabajar más a menudo con las recién creadas licenciaturas de enfermería y programas de posgrado. Esas colaboraciones fueron fructíferas, pero con muchísimos retos que fueron enfrentados con determinación, creatividad y capacidad de compartir recursos.

En esos primeros años, mis choques culturales fueron muchos, por mi educación híbrida de Brasil, Inglaterra y Canadá y por la falta de tradición académica de la enfermería española en aquel entonces. Aproveché esas diferencias para publicar con colegas algunas reflexiones para promocionar la formación de enfermeras investiga-

---

5 Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud, Instituto Carlos III, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades <https://www.isciii.es/QuienesSomos/CentrosPropios/INVESTEN/Paginas/default.aspx>

doras en España ya en 2001. Como Andreu Bover, Joan de Pedro y yo<sup>6</sup> dijimos en *Enfermería Clínica*:

“La conceptualización del conocimiento como intrínsecamente articulado con el poder nos permite contextualizar la gestión de la investigación desde una perspectiva más amplia. Antes de discutir qué estrategias de promoción y gestión de la investigación pueden ser utilizadas en enfermería, cabe cuestionar qué significa para enfermería producir conocimiento, qué visiones del mundo promoverá este nuevo conocimiento y quiénes se beneficiarán de este saber. Idealmente, diríamos que la producción de conocimiento enfermero, la difusión del mismo, su valoración crítica y la puesta a disposición de los resultados, al igual que en el resto de las disciplinas, tan sólo se justifica si ofrece a la sociedad una actuación basada en la evidencia, dando como resultado la resolución de problemas sociales desde una aportación propia, sugerente, innovadora, acorde al contexto en el que vivimos y que sirva al desarrollo de las capacidades de distintos grupos que conforman el tejido social. Desde nuestra perspectiva, eso es hablar de una producción del conocimiento comprometida con la justicia social y con los grupos habitualmente excluidos por los modelos tradicionales de producción de conocimiento.” (p. 221)

Si apretamos el botón de avance rápido, 20 años más tarde, las enfermeras científicas tienen el privilegio de estar tan agobiadas, estresadas y con sufrimiento moral como los demás científicos de las ciencias de la salud aplicadas, que quieren hacer investigación con impacto social, aquí, en Canadá o en Brasil. En los últimos cinco años he visto una enfermería académica en España desquiciada o como dijimos Andreu Bover, Marga Miró, Concha Zaforteza y yo: “nos vamos a morir de éxito en la investigación cualitativa” en España (p. 511)<sup>7</sup>. “Mujeres al borde de un ataque de nervios”, la película de Almodóvar, solo es graciosa porque es película. He discutido los

---

6 Gastaldo, D., De Pedro, J., & Bover, A. (2001). *El reto de investigar en enfermería: una reflexión sobre las universidades españolas y el contexto internacional [The challenge of nursing research: a reflection about Spanish universities and the international research scenario]*. *Enfermería Clínica*, 11 (5): 220–229.

---

7 Bover, A., Gastaldo, D., Miró, M., & Zaforteza, C. (2013). *Qualitative nursing research in Spain: An evolving strategy of resistance*. In C. T. Beck (Ed.). *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research* (p. 500–512). New York: Routledge.

efectos de las medidas de productividad científica también en 2010 en una editorial escrita con María Lucía Bosí<sup>8</sup>, renombrada profesora de investigación cualitativa de la Universidade Federal do Ceará, también en Enfermería Clínica. Infelizmente la situación no ha mejorado desde entonces:

“(…) nos interesa señalar que las políticas de productividad son fruto de un contexto político y cultural particular, que están basadas en jerarquías y sistemas de evaluación muy limitados, que tienen efectos substanciales para el futuro de la producción del saber y, en el caso de la producción en el campo de la salud, también para la salud y el bienestar de la población” (p. 145).

“La búsqueda de control y eficiencia a partir de unas normas predeterminadas (p.ej.: número de artículos publicados por año o el factor de impacto de las revistas donde se publica) son características del *modus operandi* de lo que se ha llamado la gobernabilidad científica (2) en el final del siglo XX. Tal racionalidad de gestión propone como deben ser las instituciones eficientes, disminuyendo el potencial para la creatividad en la ciencia y recompensando la productividad a partir de dicho modelo (3). En ese sistema, no son los investigadores que más y mejor trabajan los que son más valorados, sino los que generan “pruebas” de su trabajo según el patrón establecido (2).” (p. 146)

Y así hemos llegado a 2019, donde la neo-liberalización de la ciencia hizo que las universidades y órganos públicos, como la ANECA – Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación de España, usen lógicas corporativas de indicadores que afectan no solo al tipo de trabajo que producimos, sino también a la salud y bienestar de científicos y estudiantes de posgrado<sup>9</sup>. Para ilustrar hasta qué punto hemos llegado, menciono mi actual experiencia de codirección de tesis doctoral con María Jesús Movilla y Carmen Coronado trabajando con la doctoranda Carla Freijomil sobre cómo mejorar la atención primaria y especializada para mujeres con lesiones intraepiteliales cervicales (en la prevención del cáncer de cérvix). Todos los datos generados son de

---

<sup>8</sup> Gastaldo, D., & Bosí, M. L. (2010) *¿Qué significa tener impacto? Los efectos de las políticas de productividad científica en el área de la salud. Enfermería Clínica*, 20 (3): 145–146.

<sup>9</sup> Berg, M. & Seeber, B. (2013). *The slow professor: Challenging the culture of speed in the academy. Transformative Dialogues: Teaching & Learning Journal*, 6 (3): 1 –7. [https://www.kpu.ca/sites/default/files/Teaching%20and%20Learning/TD.6.3.5\\_Berg%26Seeber\\_Slow\\_Professor.p df](https://www.kpu.ca/sites/default/files/Teaching%20and%20Learning/TD.6.3.5_Berg%26Seeber_Slow_Professor.p df)

interés para médicos, matronas y enfermeras del sistema de salud gallego y otras comunidades autónomas, además de lectores internacionales. Sin embargo, para cumplir las normas del programa de doctorado de esta universidad y futura evaluación por la ANECA, todo debe estar publicado en revistas con Journal Citation Reports (JCR) de cuartiles elevados y, por lo tanto, en inglés.

Es decir, decimos a pacientes que nos cuenten sus experiencias, que queremos mejorar los servicios de salud en Galicia y España y lo escribimos en inglés en revistas que no están disponibles para la mayoría de los profesionales o pagamos para que salga en acceso abierto. Después, la compañía Thomson Reuters, que calcula el factor de impacto de revistas en su lista ISI Web of Knowledge y genera el informe JCR, venderá a nuestras bibliotecas esas revistas científicas por valores elevados, a las cuales una gran parte de científicos y profesionales de Asia, África y Latinoamérica no tendrán acceso, sin mencionar todos aquellos que no leen inglés de manera fluida. En ese proceso, académicos de universidades públicas trabajan normalmente de forma gratuita como editores y revisores para esas revistas que, en su mayoría, pertenecen a empresas multinacionales. Es decir, actualmente la ciencia y la evaluación de los científicos en el área de la salud, como en otras áreas, está enmarcada por una lógica capitalista de transferencia de fondos públicos para empresas privadas y que impacta negativamente en la atención a la salud de la población. Como dijimos Malu y yo<sup>10</sup>:

“Con la globalización de los criterios, en el área de la salud se intenta evaluar a investigadores/as de distintos campos, que utilizan distintas metodologías, hablan distintas lenguas y son de varias nacionalidades, por su habilidad, por ejemplo, para publicar en revistas anglosajonas con alto factor de impacto. Científicos/as de enfermería que comúnmente realizan investigación clínica y aplicada, como los otros en el área de la salud, no podrán jamás competir de forma equitativa con científicos/as que trabajan en el campo de la investigación básica. Este sistema de evaluación reproduce formas de inequidad ya identificadas anteriormente en la economía política del campo científico (5). Aquellos que no dominan el inglés (en general solo las élites de los países tienen acceso a la educación lingüística de tal nivel), los investigadores cualitativos que trabajan en contextos socioculturales complejos

---

10 Gastaldo, D., & Bosi, M. L. (2010) *¿Qué significa tener impacto? Los efectos de las políticas de productividad científica en el área de la salud. Enfermería Clínica, 20 (3): 145–146.*

e “intraducibles”, o los científicos de los países de baja y media renta per cápita con poco apoyo para la investigación, ven disminuido su reconocimiento científico y, por consiguiente, son etiquetados con el rótulo de investigadores de bajo impacto o improductivos (6)” (p. 146).

“La perversión de dicho modelo, es que cuanto mayor sea la aplicación práctica de un estudio situado en un contexto específico, como puede ser una investigación acción para la mejora de la práctica clínica en una unidad hospitalaria, por lo tanto, de gran impacto social para la población y para los profesionales sanitarios, menos probable será que tal estudio sea de interés para revistas internacionales (es decir, anglosajonas) y, por lo tanto, sea considerado como “de impacto” científico. Cabe cuestionar, de que ciencia estamos hablando cuando el conocimiento en salud no está concebido para generar cambio y no se considera su aplicación prioritaria.” (p. 146).

Para ilustrar el efecto de estudios contextualizados y comprometidos con problemas cotidiano, menciono el ejemplo de mis ex-estudiantes Pilar Delgado y Concha Zaforteza que han conducido estudios de investigación acción-participativa (IAP), respectivamente en Barcelona y Palma de Mallorca, para mejorar las intervenciones enfermeras hacia el paciente y la familia. Con la participación de muchas profesionales, ellas han logrado crear una atención de mayor calidad para pacientes y familiares y una mejora de la colaboración interprofesional en unidades de cuidados intensivos. Posteriormente, han participado en el trasladado de dichas prácticas a otros hospitales españoles. Además, sus estudiantes de doctorados, mis “nietas y nietos intelectuales”, han llevado esa metodología a otros ámbitos de la atención primaria y especializada, como neurología, salud mental, psiquiatría y oncología. A pesar de tal impacto en la mejora de la calidad de los servicios de salud, las carreras de esas científicas son evaluadas con medidas idénticas a las de otros científicos que no tienen que invertir un sin número de horas en contextos clínicos complejos para que la investigación produzca, además de nuevo conocimiento, una mejora en la calidad de los servicios sanitarios.

Ambas investigadoras estudiaron cómo se produce conocimiento enfermero a partir de procesos participativos y reflexivos demostrando que incluso ambientes muy conservadores pueden ser parcialmente transformados y que la reflexión individual y colectiva permiten a las enfermeras pasar de una situación de “voz silenciada” a “voz empoderada” que favorece no solo



a los pacientes y familiares, sino que también a ellas mismas como profesionales. Dicho de otro modo, pasan de un saber individual y casi exclusivamente técnico, a un saber colectivo y emancipatorio que mejora la calidad de los cuidados<sup>11 12</sup>.

Lo sorprendente de esos estudios para mí es que yo jamás trabajé un día de mi vida en un hospital. Yo fui enfermera de salud comunitaria y educadora, antes de dedicarme a la carrera académica, pero entiendo lo suficiente de teoría y metodología para hacer colaboraciones (partnerships) de éxito con estudiantes que conocen el contexto hospitalario en profundidad y son dedicadas y creativas. Otro aspecto curioso es cómo aprendí yo a hacer investigación acción participativa. Quien me enseñó fue un profesor salvadoreño, Juan Antonio Tijiboy, que había estudiado en El Salvador, Estados Unidos y Alemania, e hizo de Brasil su país de adopción, donde fue mi director de máster en la Facultad de Educación de la Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ambas curiosidades reflejan la fuerte influencia de la interdisciplinariedad y del hibridismo norte-sur en mi formación, además de mi creencia en lo que Paulo Freire denominó “viabilidad no testada” y “esperanza crítica”<sup>13</sup>.

### **Valores para orientar la producción de conocimiento**

Lo que distingue mi producción académica de la mayoría de los científicos del área de la salud es que organizo mis proyectos y publicaciones por principios axiológicos, es decir valores, como equidad, solidaridad e inclusión social para promocionar la salud. El principio articulador de mi trabajo es la problematización y politización de lo cotidiano en búsqueda de equidad. Está claro que tal formato poco convencional siempre fue cuestionado institucionalmente porque conlleva un compromiso con la comunidad que me sugiere temáticas

---

11 Delgado-Hito, P. & Gastaldo, D. (2006). *Avaliação participativa da assistência de enfermagem em uma unidade de cuidados intensivos na Espanha. Da reflexão à mudança nas práticas do cuidado*. In F. J. Mercado & M. L. Bosi (Eds.). *Avaliações qualitativas emergentes no sistema de saúde* (p. 281–312). Petrópolis: Vozes.

---

12 Zaforteza, C., Gastaldo, D., Miró, M., Bover, A., Moreno, C., & Miró, R. (2015). *Transforming a conservative clinical setting: ICU nurses' strategies to improve care for the families of critically ill patients through participatory- action research*. *Nursing Inquiry*, 22(4): 336–347.

---

13 Figueiredo-Cowen, M. & Gastaldo, D. (1999). *Paulo Freire at the Institute*. London: Institute of Education, University of London.

de estudios y requiere que yo publique informes de investigación en páginas web o en revistas científicas de acceso abierto sin factor de impacto (según compañías privadas), utilizar poemas y exposiciones de arte para hacer llegar la información a grupos comunitarios, entre otras estrategias nada apreciadas por la universidad corporativa, mismo cuando esta es pública.

Yo postulo que toda actividad científica necesita una orientación axiológica explícita. Si el prestigio científico es utilizado hacia la transformación social, debemos explicitar nuestra orientación para que los demás puedan decidir si quieren colaborar o si antagonizan con los valores e ideas que orientan nuestros proyectos. Yo planteo que la producción de saber debe ser mediada por una postura crítica individual y colectiva que busca comprender los efectos locales y globales de nuestra perspectiva axiológica. En mi caso, yo creo que justicia social genera equidad en salud para todos y todas y que la salud es un derecho humano, sin importar donde haya nacido uno. Para mí, la razón económica debe estar sometida a la justicia social.

Esa idea académica aparatosa tiene su equivalente en la sabiduría popular; como decía mi abuelo Amalio: “El camino del infierno está empedrado de buenas intenciones”. Es decir, una cientista bien intencionada sin habilidad reflexiva crítico-social es peligrosa. Basta acordarse de que el racismo, la homofobia y el sexismo tuvieron apoyo científico durante mucho tiempo. La biomedicina producida por múltiples profesionales sanitarios y científicos en laboratorio está permeada de valores velados. Por ejemplo, todavía hoy la gente cree que los espermatozoides son ágiles, decididos y fuertes, unos luchadores, pero los óvulos son lentos y pasivos<sup>14</sup>. La ciencia está hecha por personas que están “a remojo” en su cultura. Da igual el tipo de metodología y la temática que uno utilice. Hacer ciencia es un acto creador e interpretativo, igualmente social y político, por lo tanto, una forma de ejercicio de poder.

Las preguntas para las científicas españolas son ¿cómo no reproducir la economía política de la ciencia? ¿Cómo establecerse en la universidad y tener impacto social? Jiddu Krishnamurti dijo “No es una medida de salud el estar bien ajustado a una sociedad profundamente enferma”<sup>15</sup>. Hago una analogía

---

14 Martin, E. (1991). *The Egg and the Sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles*. *Signs*, 16 (3): 485-501.

15 Citada en Vonnegut, M. (1975). *The Eden Express*. Nova York: Praeger.

para decir a las enfermeras que estar ajustadas a un sistema de medición universal injusto es enfermizo. Para el futuro de la ciencia de enfermería en España yo espero que haya estudios lentos y profundos, con mejor calidad para tener impacto social, con participación de todos los involucrados en los fenómenos estudiados para generar conocimientos relevantes y prudentes para el contexto del estudio y a la vez transferible a otros contextos, creando nuevas maneras de conceptualizar los fenómenos para adquirir una base sólida para el cambio.

En el actual escenario político y económico global tan preocupante, donde misoginia y xenofobia han vuelto a ser políticas (formales o informales) de estado, las investigadoras de enfermería españolas deben reflexionar críticamente sobre su ubicación en el mundo e identificar colaboradores locales e internacionales que compartan valores hacia equidad en la ciencia y en la salud. Mi labor profesional y mis dos décadas de colaboración con vosotras me sugieren algunas pistas. En mi carrera elegí las temáticas, las metodologías y las teorías que me permitiesen entender los márgenes de la sociedad y de la ciencia, contestando el “status quo” de la ciencia, lo que conllevó mucho trabajo y, en general, poco reconocimiento formal, siendo el día de hoy una gran excepción. Sugiero ver el margen como potencia y el mestizaje como afirmación de posibilidades. Fue el hibridismo de Freire y Fals Borda de América Latina<sup>16</sup> con autores anglosajones que hizo potentes los estudios de IAP que dirigí. Como propone Boaventura de Souza Santos<sup>17</sup>, Doctor Honoris Causa de esta universidad, es hora de descolonizar nuestras metodologías y buscar justicia cognitiva global a través de conocimientos prudentes para una vida decente para todos.

En el siglo XXI, finalmente empezamos a entender lo que los indígenas de las Américas siempre supieron, que no hay vida sin la naturaleza, que los ríos y los bosques deberían ser tratados como nuestros seres queridos y que la degradación ambiental enferma y mata a múltiples especies. Ailton Krenak, líder indígena brasileño, provocativamente nos dice que él tiene “ideas para

---

16 Mercado-Martínez, F.J., Robles-Silva, L. & Jiménez-Domínguez, B. (2018). *Participatory health research in Latin America: Scientific production on chronic diseases (chapter 10, p. 139–163)*. In M.T. Wright & K. Kongats (Eds.). *Participatory Health Research – Voices from around the world*. Springer International Publishing.

---

17 Santos, B. S. (2010). *Cognitive justice in a global world: Prudent knowledges for a decent life*. Lanham: Lexington Books.

postergar el fin del mundo”<sup>18</sup>, pero por 500 años nos hemos creído demasiados listos y científicos para dialogar como iguales con grupos que tienen gran sabiduría. Las científicas saben informaciones, pero eso no quiere decir necesariamente que tienen sabiduría.

España es norte, pero geográficamente es el sur del norte; un norte que sufre de complejo de inferioridad, que se subordina al imperialismo académico anglo-americano. Es verdad que los efectos desastrosos de la dictadura fascista y patriarcal en España han hecho que las enfermeras españolas llegasen tarde al mundo de la ciencia<sup>19</sup>. Pero, a la vez, la enfermería española ha crecido en menos de 20 años (desde el acuerdo de Bologna) lo que otros países han tardado más de medio siglo en lograr. El “milagro español” incluye la formación en nivel de licenciatura de miles de profesoras en una década, doctorados en enfermería y multidisciplinares e investigaciones realizadas por todo el país, incluyendo estudios multicéntricos entre diversas comunidades autónomas – pruebas de la capacidad de movilización de las enfermeras y otros académicos españoles que son vuestros aliados. Esa capacidad tiene que volver a ser activada. Es hora de que las “recién llegadas” enseñen la centenaria universidad española los efectos excluyentes del status quo – ya conocemos los efectos de nortear al sur; ahora es hora de “surear” al norte<sup>20</sup>.

---

18 Krenak, A. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras.

---

19 Alberdi, Rosamaría (2016). *Discurso pronunciado en el Acto de Investidura de la profesora doctora Dña. Rosamaría Alberdi Castell como Doctora Honoris Causa por la Universidad de Murcia*. Murcia: Universidad de Murcia.

---

20 Figueiredo-Cowen, M. & Gastaldo, D. (1999). *Paulo Freire at the Institute*. London: Institute of Education, University of London.

## **Agradecimientos**

Yo soy la séptima enfermera nombrada doctora honoris causa por una universidad española, siendo únicamente una profesora entre ellas española: Rosamaría Alberdi, aquí presente. Espero que ese resultado sea más equitativo en el futuro. Soy la vigésima quinta persona en recibir un doctorado honoris causa de la Universidade da Coruña, siendo cuatro de ellas mujeres. Espero que este honor señale una nueva dirección hacia la paridad en un futuro no muy distante.

No tengo palabras para expresar mi profunda gratitud a todas y todos que han hecho esta ceremonia una realidad, en particular, a mi madrina, Chus.

Agradezco a la Universidade da Coruña por la que es la mayor distinción académica de mi carrera.

Agradezco a mis maestros de investigación, en particular, Denise Leite, Juan Tijiboy, Bob Cowen, Eva Gamarnikow y Michel Perreault por su dedicación y generosidad.

Agradezco también que tantas de vosotras hayáis venido a este evento. Vuestra presencia aquí, como ya ocurrió en 2011 en Madrid, me llena de alegría.

Finalmente, quiero decir que todo ese trabajo fue posible porque mis padres me crearon para el mundo, sin miedo. He crecido como una niña feliz, sin la noción de que había gente en el mundo que pensaba que las mujeres no deben o no son capaces de hacer cualquier tipo de trabajo, como ser profesora universitaria o científica.

¡Muchas gracias!



***Versiones en otros idiomas***





***Conferencia impartida por la doctora  
Jean Watson con motivo de su investidura  
como Doctora Honoris Causa por la  
Universitat Rovira i Virgili.***

***Sesió acadèmica extraordinària,  
24 de novembre de 2010***



**UNIVERSITAT  
ROVIRA i VIRGILI**



Avui, l'any 2010, celebrem l'Any Internacional de la Infermeria i el centenari de la mort de Nightingale l'any 1910. Nightingale és la fundadora de la filosofia de la infermeria moderna i la primera teoritzadora d'infermeria reconeguda. Celebro les aportacions contínues de tots els professionals de la infermeria i estudiants de Ciències de la Salut d'aquesta universitat en els àmbits de l'assistència sanitària i de serveis a les persones, inspirades encara en el llegat de Nightingale.

És, sens dubte, tot un honor rebre aquest premi de doctora honoris causa de la mà de la Universitat Rovira i Virgili, per recomanació del Departament d'Infermeria, una universitat i un departament amb una història de lideratge en l'ensenyament de la infermeria i un model educatiu centrat en el cuidatge, una universitat i un departament compromesos amb la tasca acadèmica intel·lectual i amb les aportacions científiques fetes pels professionals de la infermeria i per la recerca i la pràctica en aquesta disciplina. La tasca que dueu a terme aquí, a Espanya, té una gran influència en l'ensenyament de la infermeria a Europa i arreu del món.

Accepto el títol de bon grat en representació dels meus companys, membres d'aquesta prestigiosa universitat, i també com un reconeixement públic a la meua tasca acadèmica intel·lectual en l'àmbit de les Ciències del Cuidatge i la teoria i pràctica del cuidatge humà, la qual ha tingut una clara repercussió tant en l'ensenyament com en la pràctica de la infermeria al llarg d'aquest segle.

Les infermeres i infermers (i la infermeria en si) són considerats el grup professional més ètic i fiable del món, i continuen marcant la diferència en l'àmbit de l'assistència sanitària a les persones. Aquesta confiança i ètica són fruit d'una filosofia profundament orientada a preservar la dignitat de les persones i salvaguardar el cuidatge humà.

La infermeria, com a disciplina madura i diferenciada i com a professió per si mateixa, aplega el grup més gran del món de professionals de la salut i, com a pràctica, és present en tots els contextos sanitaris, la qual cosa té un efecte significatiu en la qualitat del cuidatge humà, la guarició i els resultats mèdics.

Al llarg de les últimes dècades, la teoria i la recerca en infermeria han desplegat els valors ètics i filosòfics del cuidatge humà, juntament amb la validació empíricocientífica en la pràctica clínica, inclosos el cuidatge holístic, l'atenció primària, les cures pal·liatives i l'atenció al final de la vida. Els professionals del sector i la infermeria en si continuaran liderant el cuidatge integral de les persones i els seus processos de guarició interns, i no només el tractament de l'afecció.

He estat un testimoni modest de com la meva tasca en l'àmbit de la Ciència del Cuidatge ha contribuït a aprofundir en les dimensions humanes de l'assistència sanitària i les experiències de guarició dels pacients als hospitals, les llars i la comunitat, i també a expandir-les. Quan vaig entrar a la facultat de la Universitat de Colorado l'any 1979, em va decebre l'orientació medicoclínica que la infermeria anava adoptant per evolucionar. Les meves publicacions i la meva trajectòria acadèmica intel·lectual en la matèria representen la meva voluntat de donar veu al fenomen del cuidatge humà i dotar-lo d'un llenguatge propi, mitjançant la definició de la Ciència del Cuidatge com la base disciplinària de la professió. Així, per mitjà del plantejament de la Ciència del Cuidatge, la infermeria explicita la línia ètica, moral, filosòfica i científica que cal seguir en les experiències de malaltia-guarició, pròpies de la salut humana, a fi de salvaguardar el cuidatge humà en aquells casos en què es veu amenaçat i oferir a la humanitat un servei humà basat en la compassió. L'aproximació a la infermeria des de la Ciència del Cuidatge s'elabora a partir del model de Nightingale, que avui dia considera la infermeria en un sentit global, atès que integra el millor de la ciència infermera, l'art i les humanitats. També serveix de base per a totes les professions de l'àmbit de la salut i els serveis a les persones.

La missió i la visió de Nightingale ens continuen servint de guia per a l'assistència sanitària i la reforma de l'assistència sanitària en aquests moments. En el camí cap a l'acció social i per un món saludable que ella va propugnar, és gràcies al llegat de Nightingale que ara pot florir el treball més contemporani i de futur en l'àmbit de la Ciència del Cuidatge. Això suposa una tasca de cent anys per transformar l'assistència sanitària per mitjà de nous models ètics i científics de cuidatge humà, des del nivell local fins al global, a fi de treballar en el benestar, la prevenció i la promoció d'entorns domèstics i de treball saludables.

**L'evolució i l'aportació de Watson en la tasca acadèmica intel·lectual en l'àmbit de la Ciència del Cuidatge i les fites acadèmiques en la ciència infermera i els estudis d'infermeria. (Els punts d'aquesta ponència s'han extret de Watson, 2008 i Watson, 2011b.)**

L'obra Nursing. The Philosophy and Science of Caring (1979) va marcar l'inici d'una carrera en la Ciència del Cuidatge i va representar la meua entrada a l'activitat acadèmica intel·lectual. Aquest primer llibre es va publicar abans que es prestés atenció formal a la teoria infermera o que es posés l'èmfasi en la disciplina mateixa, i abans que hi hagués interès a establir una base filosòfica amb sentit per a la ciència infermera, els estudis d'infermeria i la pràctica.

La meua primera obra va sorgir arran de la meua voluntat d'aportar un nou significat i dignitat a la tasca i al món de la ciència infermera i el cuidatge dels pacients. Els conceptes teòrics derivaven de la meua experiència personal i professional: s'inferien clínicament i es dotaven de base empírica. No obstant això, els combinava amb els meus coneixements filosòfics, ètics, intel·lectuals i experiencials, i els integrava. El meu interès i objectiu a la vida han estat sempre aprofundir en el meu concepte de la humanitat i de la vida mateixa i en el dels altres, a fi de traslladar aquestes dimensions a la infermeria. Així, la meua primera obra va sorgir de valors, creences, percepcions i experiències propis arran de preguntes retòriques i inefables com ara: què vol dir ésser humà?; què vol dir cuidar?; què vol dir guarir? Preguntes sobre aspectes com la personalitat, la vida, el cicle del naixement i la mort, el canvi, la transició, el patiment, la salut, les relacions, la guarició, l'enteresa i altres incògnites, em van guiar en el meu interès a identificar un marc aplicable a la infermeria com a disciplina diferenciada i professió per si mateixa, allunyat de l'orientació curativa de la medicina, però complementari.

Els meus punts de vista s'accentuaven gràcies al meu compromís amb la funció i la missió professionals de la infermeria en la societat i el món: el seu pacte ètic amb la humanitat per salvaguardar el cuidatge humà i preservar la dignitat, la integritat i l'enteresa humanes en un entorn d'amenaques i crisis vitals, traumes, canvis i mort. Totes aquestes activitats, experiències, preguntes i processos no són fenòmens merament mèdico-clínic, sinó que transcendeixen la malaltia, el diagnòstic, les condi-

cions o l'entorn, entre d'altres; han estat i continuen essent les eternes recerques i preguntes filosòfiques i ètiques dels humans, que la infermeria i els professionals de la salut han hagut de gestionar més enllà del temps i l'espai i més enllà dels canvis en els sistemes, la societat, la civilització, la tecnologia i la ciència.

La meua primera obra (1979) s'ha anat ampliant i ha anat evolucionant gràcies a la generació de publicacions, més llibres, vídeos i CD, i gràcies també a l'experiència adquirida en càrrecs clínicoadministratius i mitjançant la promoció d'iniciatives per transformar la professió.

Una sèrie de llibres sobre la teoria del cuidatge van succeir la meua primera obra i es van traduir, com a mínim, a nou llengües. Les altres obres més importants centrades en la teoria del cuidatge que van subseguir la primera obra són les següents:

- Watson, J. (1985). *Nursing: Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. Norwalk (Connecticut): Appleton-Century-Crofts. Reimpresió/reedició (1988). Nova York: National League for Nursing. Reimpresió/reedició (1999). Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett Publishers.
- Watson, J. (1999). *Postmodern Nursing and Beyond*. Edimburg (Escòcia): Churchill-Livingstone. Reimpresió/reedició (1999). Nova York: Harcourt-Brace/Elsevier. Edició reimpressa (2011). Boulder (Colorado): Watson Caring Science Institute Pub.
- Watson, J. (ed.) (2002). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. Nova York: Springer. [Premiat Llibre de l'Any a la revista *American Journal of Nursing (AJN)*.]
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Filadèlfia: F. A. Davis. [Premiat Llibre de l'Any a la revista *American Journal of Nursing (AJN)*.]

Altres obres més recents són:

- Watson, J. (2008). *Nursing. The Philosophy and Science of Caring*. Nova edició revisada. Boulder (Colorado): University Press of Colorado.
- Watson, J. (2011). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett Publishers.
- Hills, M.; Watson, J. (2011). *Creating a Caring Science Curriculum: An Emancipatory Pedagogy for Nursing*. Nova York: Springer - Watson Caring Science Springer Library Series.

- Nelson, J.; Watson, J. (2011). *Measuring Caritas: A Compilation of International Research on Caritas as Healing Intervention*. Nova York: Springer - Watson Caring Science Springer Library Series.

### Fonts teòriques

Altres llibres centrats en el cuidatge, dels quals sóc coeditora o coautora, són ampliacions d'aquestes obres. Vegeu-ne, per exemple, les següents:

- Bevis, e. o.; Watson, J. (1989). *Toward a Caring Curriculum: A New Pedagogy for Nursing*. Nova York: National League for Nursing. Reimpressió (1999). Sudbury (Massachusetts): Jones and Bartlett Publishers.
- Ray, M.; Watson, J. (ed.) (1998). *The Ethics of Care and the Ethics of Cure*. Nova York: National League for Nursing.
- CHinn, P. L.; Watson, J. (1994). *Art and Aesthetics in Nursing*. Nova York: National League for Nursing.

Vegeu també els webs [www.watsoncaringscience.org](http://www.watsoncaringscience.org) i [www.nursing.ucdenver.edu/caring](http://www.nursing.ucdenver.edu/caring) per obtenir una referència més completa d'aquestes obres i publicacions.

*L'obra Nursing: The Philosophy and Science of Caring (1979)* va proporcionar l'estructura i el fons teòric inicial per elaborar la «Teoria del cuidatge humà: deu factors de cuidatge». Aquests factors es van identificar com els elements fonamentals del cuidatge en infermeria, sense els quals les infermeres i infermers no exercirien la infermeria professional, sinó que, en comptes d'això, treballarien merament com a personal tècnic o qualificat dins del marc dominant de la ciència de la tecnocració mèdica. Aquesta obra ha esdevingut per si mateixa una mena de clàssic intemporal.

En aquesta obra evolucionada, la teoria s'exposa de manera més explícita en un context ètic, artístic i, fins i tot, metafísic —la metafísica entesa com a fenomen— més ampli, en el qual es desenvolupa la infermeria, però que sovint ni anomena, ni articula, ni estudia i sobre el qual tampoc no actua.

Com s'ha postulat en el discurs contemporani postmodern, si una professió no té un llenguatge propi, no existeix. Per això, és important anomenar els fenòmens de la infermeria i el cuidatge, reivindicar-los, articular-los i actuar sobre ells, si volem que la infermeria compleixi la seva missió, la seva raó de

ser, en la societat. Aquesta expertesa acumulada en la teoria i la Ciència del Cuidatge contribueix a explicitar el pacte de la infermeria amb les persones.

La tasca acadèmica intel·lectual en l'àmbit de la Ciència del Cuidatge explicita alguns aspectes centrals de la Ciència del Cuidatge Humà, com ara els següents:

- Una filosofia de llibertat, elecció i responsabilitat humanes.
- Una biologia i psicologia de l'holisme.
- Una epistemologia que no només permet allò empíric, sinó també els avenços en l'estètica, els valors ètics, la intuïció, el coneixement personal, l'espiritualitat, juntament amb un procés de descobriment, una imagnació creativa i formes de recerca en evolució.
- Una ontologia de temps i espai.
- Un context d'esdeveniments, relacions i processos interhumans que connecten amb l'entorn i l'univers més extens i formen una unitat.
- Una visió científica oberta del món. (Watson, 1985: 16)

D'aquesta manera, el plantejament de la ciència humana i el cuidatge humà s'allunya del de la ciència convencional i, des de l'òptica qualitativa, convida a honrar com a legítims i necessaris diversos aspectes a l'hora de treballar amb experiències personals i fenòmens humans de guarició-cuidatge, de salut i vitals. La teoria del cuidatge humà incorpora nocions com ara la d'ocasió de cuidatge, el camp fenomenal, allò transpersonal i l'art del cuidatge transpersonal, i convida a recórrer plenament a un mateix en un moment de cuidatge (Watson, 1985: 58-72). L'ocasió o moment de cuidatge esdevé transpersonal quan «dues persones (la infermera o infermer i una altra persona) amb una història vital i un camp fenomenal (de percepció) únics esdevenen un punt focal en l'espai i el temps a partir del qual el moment adquireix un camp propi, més gran que l'ocasió mateixa. Com a tal, el procés pot anar més enllà de si mateix (i, de fet, ho fa), i sorgir, alhora, d'aspectes de si mateix que passen a formar part de la història vital de cada una de les persones, com també d'un patró vital més gran, profund i complex» (Watson, 1985: 59).

El moment de cuidatge pot ésser un punt d'inflexió existencial per a la infermera o infermer en el sentit que implica fer una pausa, optar per veure i actuar amb coneixement de causa guiats per la intencionalitat i la consciència de com podem ésser presents en el moment, totalment presents, amb una actitud oberta envers l'altra persona, oberta a la compassió i la connexió,



més enllà de l'èmfasi —més que habitual— en el control del propi ego. En un moment de cuidatge, la infermera o infermer cospa la gestalt del moment que es presenta i és capaç de llegir el camp, més enllà de l'aspecte extern i la conducta del pacient. El moment és transpersonal quan la infermera o infermer és capaç de veure l'esperit d'altres persones i connectar-hi amb una actitud oberta a expandir les possibilitats del que pugui passar. El fonament d'aquesta perspectiva rau en la saviesa de saber i comprendre que «aprenem els uns dels altres com podem ésser més humans mitjançant la identificació de nosaltres mateixos amb els altres i el reflex dels seus dilemes en nosaltres mateixos. El que tots nosaltres aprenem d'això és autoconeixement. El jo que descobrim és tots els jos: és universal. Aprenem a reconèixer-nos a nosaltres mateixos en els altres» (Watson, 1985: 59).

Aquesta connexió interhumana expandeix la nostra compassió i el cuidatge i manté viva la nostra noció comuna d'humanitat. Tot aquest procés profundament filosòfic, ètic i teòric salvaguarda el nostre sentit compartit d'humanitat i contribueix a no reduir un altre ésser humà a la condició moral d'objecte (Watson, 1985: 60).

En estudis addicionals, s'ha explorat la metodologia de la ciència humana com una manera d'investigar el cuidatge. A partir d'un primer treball de recerca dut a terme a Austràlia, s'explicava la fenomenologia transcendental. Aquesta recerca és un exemple de l'aplicació de la metodologia de la ciència humana en la Ciència del Cuidatge per observar l'experiència de la pèrdua i el dolor experimentat per una tribu d'aborígens d'Austràlia Occidental.

Mitjançant aquesta metodologia més extensa, expressions poètiques, artístiques i metafòriques es van fer paleses arran de l'experiència de recerca a l'interior desèrtic d'Austràlia. Aquesta mena d'enfocament era coherent amb les troballes i les experiències en aquest entorn únic en el sentit que aquesta metodologia permetia l'efecte «poètic» en l'articulació de les experiències tal com les havien sentit i viscut les persones, i anava més enllà dels fets reals i les meres descripcions (fenomenologia descriptiva). Així, els plantejaments transcendents eren coherents amb les dimensions transpersonals i proporcionaven un espai per a la paradoxa, l'ambigüïtat, les resso- nàncies suggerents i les expressions creatives, més enllà de la fenomenologia superficial (Watson, 1985: 90-91). Seguidament, en veiem un exemple: «En altres paraules, com poden el to i les paraules dogmàtiques totalment distants, fredes i insensibles

ensenyar la veritat o el significat profund d'un fenomen humà relacionat amb el cuidatge humà, el cuidatge transpersonal i el dolor, i transmetre experiències de pena profunda, gran bellesa, passió i alegria. No podem transmetre la necessitat de compassió en tota la seva complexitat o la de conrear el sentiment i la sensibilitat amb paraules desproveïdes de calidesa, amabilitat i bons sentiments» (Watson, 1985: 91). El resultat és poesia: «no pot ésser altra cosa que poètic» (Heidegger, citat a Watson, 1985: 98).

Aquest exemple de metodologia convida a la unió de les humanitats i l'art amb la ciència, una constant a la meua obra.

L'obra *Postmodern Nursing and Beyond* (1999; 2011) se centra en el paradigma professional basat en l'ontologia de les relacions i els fonaments ètics i ontològics, abans de passar a l'epistemologia de la ciència i la tecnologia. Aquesta obra gira al voltant de la necessitat d'aclarir la base ontològica de l'Ésser-en-Relació (Being-in-Relation) en un paradigma de cuidatge, la unitat de la ment, el cos i l'esperit amb el camp, més enllà de l'ontologia separatista obsoleta del pensament mèdic industrial de l'Era I moderna. En aquest llibre, es van desenvolupar molt més la vessant espiritual i els aspectes energètics evolucionats de la consciència de cuidatge, la intencionalitat, la presència humana i l'evolució personal dels professionals de la infermeria qualificats. Aquesta evolució se situava en el marc de la cosmologia postmoderna emergent de la guarició, l'enteresa i la unitat, és a dir, en honor a la unitat de tot. Aquesta perspectiva postmoderna mirava de projectar la infermeria i l'atenció sanitària vers la meitat del segle XXI, moment en què hi haurà exigències radicalment diferents per a tots els professionals de la infermeria qualificats i les funcions i expectatives dels pacients i els sistemes d'atenció sanitària seran completament diferents (Watson, 1999: XIII).

La infermeria per si mateixa serveix d'arquetip per a la guarició i representa una metàfora de l'energia de guarició profunda que dimana en un paradigma completament diferent. El que es proposa és un canvi ontològic fonamental, en la consciència humana, que reconeix la relació simbiòtica de la humanitat, la tecnologia i la natura amb l'univers, més gran i en expansió.

El model inicial d'infermeria de Nightingale és ben present en aquesta obra, en la qual s'inclouen tots els rituals i les arts infermeres de guarició i cuidatge, redescoberts i honorats per noves raons.

Les metàfores d'arquetip ontològic, artista ontològic i arquitecte/a ontològic/a s'utilitzen per copsar les funcions i els models infermers d'aquest mil·lenni, la infermeria i la medicina de l'Era III (Watson, 1999: XIV-XV).

L'obra teòrica *Caring Science as Sacred Science* (2005), que va rebre el premi Llibre de l'Any 2006 de l'*American Journal of Nursing* (AJN) en la categoria de recerca, amplia encara més les primeres obres sobre el cuidatge. Aquest llibre situa la Ciència del Cuidatge en un context ètic, moral, filosòfic i científic evolucionat, i s'inspira en les obres de l'escriptor i filòsof francès Emmanuel Lévinas (1969) i les del filòsof i teòleg danès Knud Løgstrup (1997). Aquesta obra específica sobre la Ciència del Cuidatge pretén trobar un model de ciència que restauri la metafísica en l'àmbit físic material en el marc de l'Ètica-de-la-Pertinença (*Ethics-of-Belonging*) (fins a l'infinit camp de l'Amor Còsmic Universal) (Lévinas, 1969), com a anterior i subjacent al de l'Ésser-per-Si (*Being-by-Itself*) sol —que ja no està separat del camp universal de l'infinit, més ampli, al qual tots pertanyem i al qual tornem des del pla terrenal—.

*L'Ètica-del-Cara-a-Cara* (*Ethics-of-Face-to-Face*) de Lévinas —entesa com el fet d'encarar la nostra pròpia humanitat i la dels altres— s'analitza com una metàfora de com aprofundim en la nostra humanitat per a la supervivència d'allò humà, i la salvaguardem, en contraposició amb la totalització de la condició humana i de la nostra separació total de la font infinita de la vida i l'immens Camp Còsmic que ens uneix a tots. L'exigència ètica (*ethical demand*) de Løgstrup introdueix la noció d'Ètica-de-les-Mans (*Ethics-of-Hands*), en la mesura que l'autor ens recorda la demanda ètica sobirana, inarticulada i sovint anònima per la qual «tenim cura de la vida que la confiança ha posat a les nostres mans» (Løgstrup, 1997: 18).

### **Al text de *Caring Science as Sacred Science* s'identifiquen els supòsits bàsics següents (Watson, 2005: 56):**

- La Infinitat de l'Esperit Humà i l'univers en evolució.
- La cosmologia ancestral i emergent d'una consciència unitària de connectivitat amb el Tot.
- L'ètica ontològica de la Pertinença-Prèvia-a-l'Ésser-Mateix-Separat (*Belonging-before-Our-Separate-Being*) (Lévinas, 1969).
- La postura moral de salvaguardar la infinitat i el misteri de la condició humana i mantenir viu l'esperit humà en evolució a través del temps, com

veiem al fet d'«encarar la nostra pròpia Humanitat i la dels altres, i aprofundir-hi» (Lévinas, 1969).

- L'exigència ètica que parteix del punt que tenim la vida d'una altra persona a les nostres mans; aquesta expressió sobirana de la vida ens ve donada de manera prèvia i aliena a la nostra voluntat per mitjà d'expressions de confiança, amor, bondat, honestetat, perdó o gratitud, entre d'altres, més enllà de les fixacions de l'ego i els sentiments obsessius que constitueixen expressions negatives de la vida (Løgstrup, 1997).
- La relació entre la nostra consciència, les paraules o els pensaments i la manera en què afecten positivament o negativament el nostre camp energètic transpersonal: Ésser, Esdevenir i Pertànyer. Així, la nostra consciència afecta la nostra capacitat de connectar, d'estar-en-bona-relació amb la Font: el camp còsmic, universal i infinit de l'Amor.

Això és comparable a la noció de Nightingale de deixar el pacient en les millors condicions perquè la naturalesa el guareixi, atès que la guarició recorre a la natura i a processos naturals. Quan som conscients d'una cosmologia expandida i d'una base ètica i moral expandida i més profunda, adquirim nous coneixements i assistim a un despertar; ens obrim al sentit de la humanitat-en-relació-amb-l'univers-més-gran, que ens inspira un sentit d'admiració, saviesa, respecte i humilitat. Estem convidats a acceptar la nostra set de saber, més enllà de la informació i el mer coneixement, i a entregar-nos tant al que és més important que el nostre propi ego separat, com al món exterior que ens pensem que controlem i pretenem manipular.

Així, en el desenvolupament de conceptes i pràctiques, teories i filosofies sobre guarició-cuidatge que es creuen amb l'Amor, invoquem el Cuidatge com a part de la nostra consciència i intenció d'influir sobre el tot mitjançant la participació pràctica dels nostres propis dons i talents únics. En fer-ho, la part de tasca professional i personal que fem marca la diferència en el moment, i hi contribueix, però també influeix sobre el camp hologràfic universal que ens envolta i al qual tots pertanyem. En altres paraules, tant des de la ciència moderna, com des de les tradicions de saviesa ancestral, ens adonem que el que fem per a nosaltres mateixos beneficia els altres, i que el que fem per als altres ens beneficia a nosaltres. Si una persona es guareix, ajuda que tot es guareixi. Si els altres es guareixen, ens ajuden a guarir-nos a nosaltres mateixos. La reciprocitat del Cuidatge influeix sobre el camp universal al qual tots pertanyem, i nosaltres l'influïm energèticament mitjançant la nostra consciència i els nostres actes concrets.

## **La Ciència del Cuidatge com a context**

La meua postura és aquesta: la Ciència del Cuidatge com a punt de partida de la infermeria com a àrea d'estudi ofereix una base disciplinària diferent per a la professió; proporciona una metanarrativa ètica i moral guiada pels valors per als fenòmens científics i humans: el seu enfocament de guarició-cuidatge en el nivell de la persona, la natura i l'univers. En proposar la Ciència del Cuidatge com a context disciplinari i metanarrativa moral matricial respecte del que significa ésser humà, honrant la unitat de l'Ésser, la unitat de la ment, el cos i l'esperit amb l'univers, la disciplina ofereix diversos enfocaments del tema i una perspectiva diferent sobre la qüestió. La professió, sense un context disciplinari clar i davant els canvis i forces del món exterior, es perd pel camí cap a l'adaptació a l'estatu quo del moment.

Des del meu punt de vista, la disciplina de la infermeria es basa o hauria de basar-se en la Ciència del Cuidatge, la qual, al seu torn, nodreix la professió. La Ciència del Cuidatge nodreix els estudis d'infermeria, l'atenció al pacient, la recerca i, fins i tot, les pràctiques administratives, i els serveix de punt de partida moral, filosòfic, teòric i fonamental.

Si al llarg del temps, la infermeria hagués nascut i madurat des de la consciència i la claredat d'un plantejament basat en la Ciència del Cuidatge, potser avui dia es trobaria en un estadi d'evolució diferent: ben lluny de la lluita persistent amb l'enginyeria biomèdica convencional, ben lluny de la crisi en l'atenció que avui dia amenaça hospitals i sistemes, ben lluny de la gran manca d'infermeres i infermers i de serveis d'infermeria que la societat experimenta en aquests moments de la història i ben lluny de comunitats que, a la nostra vida i al món, no ofereixen atenció. Al nostre món, les persones lluiten cada vegada més contra guerres, situacions de violència i actes inhumans, ja sigui contra altres persones, l'entorn o la natura. Tot i que avui dia disposem d'una cosmologia evolucionada per a totes les disciplines, incloses la física, les ciències bàsiques i altres àrees científiques, sovint encara ens trobem ancorats en pensaments obsolets en el marc d'una ontologia del món física, material i separatista i una visió del món exterior com el nostre punt de partida.

La Ciència del Cuidatge fa més explícita la unitat i la connectivitat que existeix entre totes les coses dins del gran cercle de la vida: el canvi, la malaltia, el patiment, la mort i el renaixement. El plantejament de la Ciència

del Cuidatge acostia la humanitat més prop de la comunitat moral, més prop de les relacions pacífiques amb comunitats, nacions i estats, propis o aliens, més prop d'altres mons i del temps.

### **Supòsits bàsics de la Ciència del Cuidatge (adaptats mitjançant petites modificacions de Watson, 1979: 8-9)**

- La Ciència del Cuidatge és l'essència de la infermeria i la base disciplinària fonamental de la professió.
- Mitjançant relacions interpersonals, el Cuidatge es pot demostrar i practicar de la manera més eficaç; no obstant això, la consciència de cuidatge es pot comunicar més enllà del temps, l'espai i la fisicalitat, i transcendir-los (Watson, 2002a).
- Les connexions i els processos intersubjectius i interhumans man- tenen viva la noció comuna d'humanitat —ens ensenyen com podem ésser humans mitjançant la identificació de nosaltres mateixos amb els altres—, en virtut de la qual la humanitat d'un es reflecteix en l'altre (Watson, 1985: 33).
- El Cuidatge consta de «factors de cuidatge» (carative factors) i «processos caritas» (caritas processes), que faciliten la guarició, honren l'enteresa i contribueixen a l'evolució de la humanitat.
- El Cuidatge eficaç promou la guarició, la salut, el creixement personal o familiar i un sentit d'enteresa, perdó, consciència evolucionada i pau interior que transcendeix la crisi i la por envers l'afecció, el diagnòstic, la malaltia, els traumes, els canvis a la vida, etc.
- Les respostes derivades del Cuidatge accepten la persona no només tal com és ara sinó tal com pot arribar a ésser o ha començat a Esdevenir.
- Una relació de Cuidatge és la que convida l'esperit humà a emergir, amb una actitud oberta al veritable potencial, d'autèntica presència, alhora que permet que la persona explori les possibilitats i triï la millor acció per a si mateixa per estar-en-bona-relació en un moment determinat.
- El cuidatge es més salut-genètic que la curació.
- La Ciència del Cuidatge és complementària de la Ciència de la Curació.
- La pràctica del Cuidatge és l'objecte de la infermeria. Les seves aportacions socials, morals i científiques deriven del compromís professional envers els valors, l'ètica i els ideals de la Ciència del Cuidatge en la teoria, la pràctica i la recerca.

### **Les premisses de la Ciència del Cuidatge (adaptades de Watson, 2005: 218-219)**

- No es pot pressuposar el coneixement sobre el Cuidatge; implica un esforç epistèmic, ètic i teòric que requereix una definició i un desenvolupament continuus.
- La Ciència del Cuidatge es basa en una ontologia ètica i relacional de la unitat en l'univers, la qual nodreix l'epistemologia, la metodologia, la pedagogia i la praxi del Cuidatge en l'àmbit de la infermeria i altres àrees relacionades.
- La Ciència del Cuidatge abraça el pluralisme epistemològic i pretén comprendre la intersecció i les connexions subdesenvolupades entre les arts, les humanitats i les ciències clíniques.
- La Ciència del Cuidatge abraça tots els camins que porten al coneixement, a ésser i fer: els camins ètics, intuïtius, personals, empírics, estètics i, fins i tot, espirituals i metafísics del coneixement i l'Ésser.
- La recerca en Ciència del Cuidatge engloba el pluralisme metodològic, en virtut del qual el mètode flueix des del fenomen de l'interès (diverses formes d'investigació miren d'unificar els plantejaments ontològics, filosòfics, ètics i teòrics, i d'incorporar, alhora, allò empíric i la tecnologia).
- El Cuidatge (i també la infermeria) ha existit en totes les societats. En totes les societats hi ha hagut persones que han tingut cura dels altres. Una actitud de cuidatge no es transmet genèticament de generació en generació, sinó mitjançant la cultura d'una societat. La cultura de la infermeria —és a dir, la disciplina i la professió infermeres— té un paper científicosocial vital a l'hora d'evolucionar en el cuidatge humà, salvaguardar-lo i preservar-lo com una manera d'acomplir la seva missió en la societat i tota la humanitat.

### **Definició pràctica de la Ciència del Cuidatge (extret i adaptat de Watson, 2004a; Watson i Smith, 2002)**

La Ciència del Cuidatge és una àrea d'estudi filosòfica, ètica i epistèmica en evolució, fonamentada en la disciplina de la infermeria i nodrida per altres àrees relacionades. El cuidatge es considera un element essencial en el metaparadigma del coneixement i la pràctica en infermeria. La Ciència del Cuidatge es nodreix d'una actitud ètica, moral i espiritual que comprèn un plantejament humanitari de la ciència humana envers els processos, fenòmens i experiències de cuidatge humà. S'emmarca dins d'una visió del món no dualista, relacional i unificada, en què hi ha una connectivitat amb el

Tot, el camp universal de l'Infinit: l'Amor Còsmic. A vegades, es fa referència a aquesta visió del món de la manera següent:

- Un paradigma unitari transformatiu (Newman, Sime i Corcoran Perry, 1991; Watson, 1999).
- Una consciència no local (Dossey, 1991).
- La medicina i la infermeria de l'Era III (Dossey, 1991; 1993; Watson, 1999).

La Ciència del Cuidatge, segons aquesta visió del món, es creua amb les arts i les humanitats i altres àrees d'estudi i pràctica relacionades.

### **El llenguatge de la teoria: «factors de cuidatge» (carative factors) i «processos caritas» (caritas processes)**

El llenguatge i l'estructura de la teoria del cuidatge humà, dins del context de la Ciència del Cuidatge, consisteix en 10 «factors de cuidatge» en la primera obra de 1979, que més tard es traslladen als 10 «processos caritas» en el llibre de 2008.

Els deu factors de cuidatge originals continuen constituint el fons estructural intemporal de la teoria, però també permeten l'evolució cap a aspectes més fluids del model copsat pels deu processos caritas.

En introduir el concepte inicial dels factors de cuidatge com l'essència de la filosofia i ciència infermeres, oferia un contrapunt teòric a la noció de factor curatiu, tan predominant en la ciència mèdica. Així, els factors de cuidatge proporcionaven un marc de treball per sostenir la disciplina i la professió infermeres; es nodrien d'una concepció més profunda de les dimensions humanes del cuidatge en infermeria i d'un compromís ètic envers aquestes: el context de l'art i la ciència humana. Mirava d'analitzar aquells aspectes de la infermeria professional que transcendien el diagnòstic mèdic, l'afecció, l'entorn, el coneixement limitat i en transformació i l'èmfasi tecnològic en fenòmens molt especialitzats. I em preguntava: «què continua constituint l'essència?» La meua resposta l'any 1979 era: «Els deu factors de cuidatge».

### **Els 10 factors de cuidatge originals (text original de 1979)**

1. Formació d'un sistema humanísticoaltruista de valors.
2. Inculcació de la fe-esperança.
3. Conreu de la sensibilitat envers un mateix i els altres.
4. Desenvolupament d'una relació d'ajuda-confiança.



5. Promoció i acceptació de l'expressió dels sentiments positius i negatius.
6. Ús sistemàtic del mètode científic de solució de problemes per prendre de cuidatge per a la solució creativa de problemes»). decisions (redefinit l'any 1985 de la manera següent: «ús del procés
7. Promoció de l'ensenyament-aprenentatge interpersonal.
8. Provisió de l'entorn de suport, protecció i correctiu mental, físic, socio-cultural i espiritual.
9. Assistència en la gratificació de les necessitats humanes. 38
10. Permissió de forces existencials-fenomenològiques (redefinit l'any 1985 de la manera següent: «dimensions espirituals existencials-fenomenològiques»).

Aquests factors de cuidatge originals es van identificar com l'essència de la pràctica infermera professional, en contraposició amb el que anomeno el guarniment, allò que canvia constantment i no pot constituir el contingut o els criteris per descriure, identificar i salvaguardar la infermeria professional i la seva eterna actitud disciplinària envers el cuidatge en la societat. Tal com indico en la primera obra (1979), em vaig inventar l'adjectiu carative (en català, relatiu al cuidatge) en contrast amb el plantejament curatiu de la ciència mèdica. Vaig identificar aquests deu factors com les activitats i l'enfocament essencials que qualsevol professional de la infermeria utilitza en l'expressió del cuidatge. Es tracta de les pràctiques professionals corrents i necessàries que permeten constatar que la infermeria és una professió (de cuidatge) diferenciada, que no es limita a comprendre un grup de tècnics, i salvaguardar-la com a tal. Les infermeres i infermers apliquen constantment els factors de cuidatge, però ni se n'adonen, ni s'han vist en la necessitat d'anomenar-los. Així, generalment no són conscients dels seus propis fenòmens; no tenen cap llenguatge per identificar, estructurar i comunicar, entre d'altres, de manera sistemàtica. Això és el resultat tant d'una manca de conscienciació i d'una terminologia del cuidatge, com del coneixement reconegut d'aquelles pràctiques diàries que defineixen la pràctica infermera. Sense una conscienciació, una educació addicional i una evolució del cuidatge professional en infermeria, és probable que aquests factors es produeixin ad hoc, en lloc d'aplicar-se de manera sistemàtica. Les infermeres i infermers no seran conscients ni s'adonaran de la importància d'utilitzar-los, d'esdevenir aquests factors, per guiar les seves pràctiques professionals de cuidatge. A més, sense un context per dur a terme aquestes pràctiques, les infermeres i infermers sovint han devaluat la seva tasca de cuidatge quan l'han donat per

fet, sense un llenguatge comú per veure-la, articular-la, actuar-hi, reforçar-la i fer-la evolucionar.

Les infermeres i infermers, compromesos amb un model de cuidatge-guarició professional, que vagi més enllà de les rutines convencionals clíniques i medicalitzades i dels plantejaments industrials de la infermeria (i la humanitat) basats en la línia de productes, no tenen encara una guia teòrica per honrar la seva professió, emmarcar-la, debatre-la, desenvolupar-la i fer-la evolucionar, una experiència desmoralitzadora i una situació desesperant establertes al llarg del temps (Swanson, 1999). Si això continua així, l'esperança que la infermeria professional i les pràctiques de cuidatge-guarició sobrevisquin és escassa.

### **Dels factors de cuidatge als processos caritas: els processos caritas transposats**

Els 10 factors de cuidatge originals van donar lloc a 10 processos caritas, cosa que va permetre establir més associacions entre Cuidatge-Amor-Guarició i l'atenció sanitària transformativa. Els 10 processos caritas són els següents:

1. Sistema humanisticoaltruista de valors: pràctica de l'amabilitat amorosa i de l'equanimitat per a un mateix i per als altres.
2. Ésser autènticament present; permetre, salvaguardar i honrar un sistema de creences profund i el món subjectiu d'un mateix i el dels altres.
3. Conrear les pràctiques espirituals pròpies; aprofundir en l'auto-consciència més enllà de l'«ego».
4. Desenvolupar una veritable relació de cuidatge d'ajuda-confiança, i salvaguardar-la.
5. Ésser present i donar suport a l'expressió de sentiments positius i negatius com a connexió amb l'esperit més profund d'un mateix i el de la persona de la qual es té cura.
6. Fer un ús creatiu d'un mateix i de tots els camins que porten al coneixement, a ésser i fer, com a part del procés de cuidatge (participar en l'art de les pràctiques de cuidatge-guarició).
7. Participar en experiències genuïnes d'ensenyament-aprenentatge en un context de relació de cuidatge: ocupar-se de tota la persona i el significat subjectiu; mirar de mantenir-se dins del marc de referència de l'altre (evolucionar cap al paper d'entrenador personal en oposició al de transmissor convencional d'informació).

8. Crear un entorn de guarició a tots els nivells (un delicat entorn físic i no físic d'energia i consciència, en el qual es potencii l'enteresa, la bellesa, la comoditat, la dignitat i la pau (Ésser/Esdevenir l'entorn)).
9. Ajudar de manera reverent i respectuosa amb les necessitats bàsiques; tenir una consciència de cuidatge per entrar deliberadament en contacte amb l'esperit manifest de l'altre i treballar-hi honrant la unitat de l'Ésser; i permetre la connexió totalment espiritual.
10. Obrir-se a les dimensions espiritual, misteriosa i existencial desconegudes de la vida, la mort i el patiment; «estar oberts al miracle i permetre'l».

Des d'un punt de vista acadèmic i intel·lectual pel que fa al desenvolupament del coneixement i l'evolució de la teoria, es pot considerar que vaig utilitzar el procés tècnic de la derivació de conceptes (Walker i Avant, 2005) i l'extensió per traslladar els factors de cuidatge als processos caritas, i redefinir-los. És a dir, a l'hora de treballar dins del camp original de la infermeria i el pensament de cuidatge, vaig mirar de redefinir el concepte carative (relatiu al cuidatge) partint del camp patern, la infermeria, i anant cap a la nova àrea, la Ciència del Cuidatge, amb la seva visió del món ètica i explícita.

D'aquesta manera, un cop traslladat el concepte carative (relatiu al cuidatge) de la infermeria per se a la Ciència del Cuidatge, la caritas o els processos caritas van adquirir més sentit i van generar noves associacions entre Cuidatge i Amor. El camp més ampli de la Ciència del Cuidatge i la seva cosmologia expandida d'unitat, pertinença i infinitat del camp universal de l'Amor van permetre una redefinició més significativa del fenomen de la Infermeria Caritas resultant. A mesura que efectuava la transposició de la Infermeria de Cuidatge a la Ciència del Cuidatge Caritas, anava sorgint un nou vocabulari per al fenomen ontològic, que permetia noves maneres de pensar el cuidatge i evocava una nova imatge, fins i tot, una metàfora, de les pràctiques de cuidatge-guarició per desenvolupar. Així, la nova noció caritas ofereix un nou vocabulari, un nou fenomen, per a una àrea d'investigació, i ens porta cap a una teorització addicional i un desenvolupament del coneixement en el nivell disciplinari de la infermeria i la Ciència del Cuidatge.

Si bé cada un dels factors de cuidatge originals es van transposar al nou llenguatge de la teoria caritas i es van ampliar, diversos principis bàsics són els més essencials pel que fa a un canvi en la consciència. Aquestes cinc àrees de la caritas són les que, treballades, contribueixen a identificar les diferències essencials entre «cuidatge» i «caritas».

### **Pràctiques i principis bàsics: de cuidatge a caritas**

- Pràctica de l'amabilitat amorosa i de l'equanimitat.
- Autèntica presència: que permeti creure profundament en l'altre.
- Conreu de la pròpia espiritualitat, més enllà de l'ego.
- «Ésser» l'entorn de cuidatge-guarició.
- Permissió dels miracles.

En passar del concepte «cuidatge» al de «caritas», evoco obertament l'Amor i el Cuidatge perquè es fusionin en un paradigma expandit per al futur. Aquesta perspectiva situa, irònicament, la infermeria en el seu paradigma més madur, alhora que connecta altre cop amb el llegat i els fonaments de Nightingale. Gràcies a la introducció més explícita de la caritas, la teoria s'emmarca dins d'un context ètic i ontològic com a punt de partida per considerar no només la ciència infermera sinó també la seva missió social per a la humanitat. Aquesta orientació estableix una associació més formal entre cuidatge i guarició i la consciència humana evolucionada. Els antecedents d'aquest treball es poden trobar a Watson (2004a).

### **El sorgiment de la Infermeria Caritas i les infermeres i infermers caritas**

La meua evolució cap als processos caritas pretén oferir un llenguatge més fluid per comprendre un nivell més profund i global de la pràctica infermera, com també servir de guia sobre com accedir a la intenció i la consciència que hi ha al darrere dels factors de cuidatge originals, com interpretar-les, salvaguardar-les i investigar-les. A més, la caritas copsa un fenomen més profund, una nova imatge que es creua amb les pràctiques professionals i personals i desenvolupa, alhora, una nova àrea de recerca per a la infermeria i la Ciència del Cuidatge.

No obstant això, a mesura que entrem en aquesta nova tasca, és important considerar de manera hologràfica tant els factors de cuidatge originals com els processos caritas evolucionats, en el sentit que el tot es troba en la suma de totes i cada una de les parts. Així, tots els factors i processos són presents en un moment de cuidatge determinat.

El que sorgeix arran d'aquest canvi als processos caritas és l'advertiment d'una forma d'infermeria més profunda: la «Infermeria Caritas» i les «infermeres i infermers caritas». Al llarg d'aquest llibre veiem que, a mesura que

la pràctica evoluciona i cada infermera o infermer evoluciona, els professionals de la infermeria qualificats més evolucionats (aquells que treballen des de dimensions superiors i més profundes de la humanitat i la consciència en evolució) es poden identificar com a infermeres i infermers caritas, o com a persones que exerceixen la Infermeria Caritas o, com a mínim, duen a terme pràctiques d'Infermeria Caritas. Una altra manera d'identificar una infermera o infermer caritas és tenint en compte que treballa des d'una connexió interhumana, treballa des del centre del cor amb una actitud oberta i intel·ligent, i no pas des del centre de l'ego. Aquest plantejament de la consciència de cuidatge nodreix les accions i relacions professionals d'una infermera o infermer caritas, encara que participi en la rutina necessària de les pràctiques clíniques o el dramàtic món tècnic i pràctic que les envolta. Per exemple, si tenim en compte el primer factor de cuidatge: sistemes humanisticoaltruistes de valors, ens preguntarem què hi ha al darrere d'aquest sistema de valors, de manera subjacent, que li permet manifestar-se professionalment en les nostres accions. Com es pot conrear i salvaguardar aquest sistema de valors en les pràctiques de cuidatge professionals? Quines pràctiques professionals ens poden preparar per accedir a aquest sistema de valors, i posar-lo de manifest al llarg de la nostra carrera?

La meua resposta és que aquest sistema de valors pren vida quan conreem la pràctica contínua de l'Amabilitat Amorosa i l'Equanimitat, una forma de presència plena, consciència oberta i meditació conreades, una pràctica que obre i desperta la compassió, l'amor indulgent del centre del cor. Aquesta preparació pot adoptar la forma d'exercici diari de la gratitud, de connexió amb la natura, de silenci, de reflexió mitjançant un diari personal, de pregària, de demanar consell per poder ésser-hi per als altres quan ens necessitin. Com a preludi, la Infermeria Caritas requereix una consciència superior i més profunda; cal treballar cada vegada més per despertar la consciència oberta centrada en el cor, i elevar-la cap a una consciència superior mitjançant la presència total del jo obert en qualsevol moment de cuidatge.

Aquesta pràctica està relacionada no només amb el cuidatge sinó també amb la salut i la guarició tant dels professionals de la infermeria qualificats com dels pacients. Si «la salut és consciència expandida», tal com proposa Newman (1994), aleshores, quin és el nivell més alt de consciència? És l'Amor en el sentit còsmic i universal màxim. Quina és la font més gran de Guarició? També

és l'Amor. D'aquesta manera, si conreem la pràctica de l'amabilitat amorosa envers nosaltres mateixos i els altres, obrim els nostres cors, creixem per donar i rebre, per ésser presents en allò que se'ns presenta a la vida, per obrir-nos a exercitar i rebre la gràcia, la misericòrdia o el perdó, entre d'altres. Així, podem apreciar millor el do de donar i rebre, d'ésser present per a una altra persona per oferir-li presència, consciència amorosa i accions de cuidatge moral dutes a terme amb coneixement de causa en un entorn de patiment, desesperació, amor, odi, malaltia, tristesa, dubtes, traumes, incògnites, pors, esperances, etc. En aquesta tasca de cuidatge personal i professional, conreem l'acceptació, un punt d'humilitat, davant del misteri de tot: ens hi obrim amb equanimitat, compassió i misericòrdia com a part de la condició humana. Aquest nivell de consciència amb el qual accedim al cuidatge professional en infermeria, i el salvagudem alhora que honrem la nostra profunda humanitat, es basa en un model molt diferent del de la infermeria i la medicina convencionals.

Aquest tipus de pensament caritas convida a la transformació total d'un mateix i dels sistemes. En aquest model de Ciència del Cuidatge, els canvis no tenen lloc des de l'atenció externa en els sistemes, sinó des d'aquest lloc profund de l'interior gràcies a la creativitat de l'esperit humà. És aquí on la humanitat immensa (el cor i la consciència individuals dels professionals de la infermeria qualificats) evoluciona i connecta amb la font màxima de qualsevol re-formació o transformació veritables.

Mentre que els factors de cuidatge originals continuen essent importants i accessibles per accedir concretament al primer nivell de la pràctica, des del moment que madurem les idees i en comprenem l'evolució, esperem moure'ns més plenament cap a un coneixement que s'amaga darrere el material original i accedir a un nivell més profund de coneixement, creixement personal i professional, comprensió i saviesa. Al mateix temps, el canvi permet que els professionals del sector i la infermeria mateixa evolucionin per accedir a un llenguatge expressiu més fluid a fi de copsar i articular el significat més profund que s'amaga al darrere dels factors originals.

### **Cuidatge i Amor**

La paraula caritas ve del llatí i significa valorar, apreciar, prestar una atenció especial a, fins i tot, una atenció amorosa. Representa la caritat i la compassió, la generositat d'esperit. Connota quelcom molt delicat, sens dubte, quelcom preuat que cal conrear i salvaguardar.

El concepte caritas està estretament lligat amb l'adjectiu carative (relatiu al cuidatge) que surt a la meua primera obra (1979) sobre la Ciència del Cuidatge. No obstant això, mitjançant l'ús que faig ara dels termes «caritas» i «processos caritas», invoco deliberadament la paraula que comença per «A»: Amor, que explicita l'associació entre el cuidatge i l'amor, l'Amor en el seu sentit universal i infinit màxim desenvolupat en la filosofia de Lévinas (1969) i explorat l'any 2005 en la meua obra *Caring Science as Sacred Science*. Si unim l'Amor i el Cuidatge d'aquesta manera, convidem una forma de cuidatge transpersonal profund. La relació entre Amor i Cuidatge crea una obertura o alineació i un accés per a la guarició interior d'un mateix i dels altres. Mentre que es pot considerar que la salut representa la consciència en expansió, l'Amor és el nivell més alt de consciència i la font més gran de guarició al món. Aquesta connexió amb l'Amor com a font de guarició s'estén des del jo individual fins a la natura i l'univers més gran, en procés d'evolució i desenvolupament. Aquesta cosmologia i visió del món del Cuidatge i l'Amor —la caritas— és tant terrenal com metafísica, és immanent i transcendent amb les persones en coevolució a l'univers (Watson, 1999; 2004a).

És quan unim el Cuidatge i l'Amor i els integrem a la nostra feina i a les nostres vides que descobrim i afirmem que la infermeria, a l'igual de l'ensenyament, és més que una feina. És una carrera de donar i rebre la vida al llarg de tota una vida de creixement i aprenentatge. La infermeria madura en un despertar, conscient que té molt més a oferir a la humanitat que ésser simplement una extensió d'un model obsolet de la medicina i la ciència de la tecnocràcia mèdica. La infermeria ajuda a salvaguardar la dignitat humana i la mateixa humanitat, i contribueix, alhora, a l'evolució de la consciència humana, a fi d'avençar cap a una comunitat moral i una civilització de cuidatge més humanes.

A mesura que la infermeria reivindica cada vegada més públicament i en l'àmbit professional aquestes postures des d'un context de la Ciència del Cuidatge per a les seves teories, ètiques i pràctiques, ens convida a reubicar-nos, a nosaltres mateixos i a la nostra professió, lluny d'una mentalitat medicocientífica predominant. A més, ens incita a tornar a vincular la font disciplinària de la infermeria amb el seu noble llegat, tant des d'una cosmologia ancestral com emergent, una cosmologia que rep amb els braços oberts l'energia del cuidatge i l'amor universals, i els convida a tornar a les nostres vides i al món. Al darrere d'aquest pensament s'amaga un sentit de reverència

i sacralització envers la nostra professió, les nostres vides i tots els éssers vius. Incorpora l'art, la ciència i l'espiritualitat, atès que els redefeix.

Mentre assistim a la maduresa de la Ciència del Cuidatge i els processos caritas evolucionats com a mapa i guia teòrics i professionals, se'ns planteja alhora el repte de reubicar-nos en aquestes idees i ideals emergents i preguntar-nos què ens diu aquesta feina com a disciplina i professió pràctica. A cada un de nosaltres, se'ns demana que examinem, explorem, posem en qüestió i ens plantejem, per a nosaltres mateixos i per a la professió, les interseccions crítiques entre l'àmbit personal i el de la professió; se'ns convida i, fins i tot, se'ns indueix a fer-ho.

Aquesta obra revisada ens crida a aprofundir en nosaltres mateixos per donar un nou sentit a les nostres vides i a la nostra feina, per explorar com els nostres dons, talents i habilitats únics es poden traduir en un servei de cuidatge humà i guarició compassius per a un mateix i per als altres i, fins i tot, per al planeta Terra. Espero que, d'alguna manera, aquesta obra ens ajudi, a totes aquelles persones que ens dediquem al cuidatge i la guarició, a recordar qui som i per què hem vingut al món a fer aquesta feina.

### **Supòsits de valor de la caritas (adaptats de Watson, 1985: 32)**

- El Cuidatge i l'Amor són les forces còsmiques més universals, extraordinàries i misterioses; comprenen l'energia primària i universal.
- Sovint passem per alt o oblidem aquest savi supòsit, tot i que sabem que les persones es necessiten les unes a les altres de maneres amoroses i bondadoses.
- Si la nostra humanitat ha de sobreviure i hem d'evolucionar cap a una comunitat moral i una civilització més amoroses, bondadoses, profundament humanes i humanitàries, hem de salvaguardar l'amor i el cuidatge a la nostra vida, la nostra feina i al món.
- Atès que la infermeria és una professió de cuidatge, la seva capacitat per salvaguardar els ideals, l'ètica i la filosofia del cuidatge en les pràctiques professionals afectarà el desenvolupament humà de la civilització i determinarà l'aportació de la infermeria a la societat.
- Per començar, hem d'aprendre a tenir una actitud de cuidatge, amor, perdó, compassió i misericòrdia envers nosaltres mateixos, abans de poder oferir un cuidatge i amor vertaders als altres.
- Ens hem de tractar, a nosaltres mateixos, amb amabilitat amorosa i equa-



- nimitat, amb gentilesa i dignitat, abans de poder acceptar els altres, respectar-los i cuidar-los des d'un model professional de cuidatgeguarició.
- La infermeria sempre ha tingut una actitud de cuidatge envers les persones amb problemes de salut o malalties.
  - El cuidatge instruït, ètic i nodrit constitueix l'essència dels valors, els compromisos i la pràctica competent de la infermeria professional; és l'element més central i unificador per salvaguardar el seu pacte amb la societat i garantir-ne la supervivència.

Aquestes emocions d'amor, amabilitat, gentilesa, compassió i equanimitat, entre d'altres, són intrínseques dels éssers humans. Aquestes emocions i experiències són l'essència del que ens fa humans i del que fa més profunda la nostra humanitat i la nostra connexió amb l'esperit humà. Aquesta presa de consciència és el que ens connecta amb la Font, d'on traiem l'alè sagrat que ens dóna la vida. És aquí que accedim a la nostra energia i creativitat per viure i ésser; és aquí, en aquest model, que ens rendim a allò que és més gran que el nostre ego personal, a allò que ens recorda que pertanyem a l'univers de la humanitat i tots els éssers vius. Perquè aquest factor de cuidatge original evolucioni i assoleixi la maduresa en la seva manifestació, se'ns crida, convida i desafia a portar-lo fins a un nivell més profund de la nostra maduresa, la nostra presa de consciència, les nostres experiències i expressions. Aquest és un camí cap a aprofundir en qui i què som, un camí que ens prepara per a un compromís de per vida amb el cuidatge, la guarició i els serveis a les persones basats en la compassió. Així, l'evolució o extensió dels factors de cuidatge originals ha estat tant sostinguda com transcendent. Els factors de cuidatge originals i els processos caritas evolucionats es consideren els fonaments i la base essencial per preparar els professionals de la infermeria qualificats perquè participin en la filosofia del cuidatge, la ciència (i l'ètica), i les posin en pràctica.

### **Fonaments essencials de la teoria i la recerca en Ciències del Cuidatge i la teoria del cuidatge humà: relació caritas o de cuidatge**

Diversos marcs conceptuals i teòrics sobre la infermeria i les ciències de la salut vinculen la relació de cuidatge amb la guarició i els resultats mèdics en general. El context de la Ciència del Cuidatge presentat a la meua obra ha proporcionat els fonaments per a la recerca, la pràctica, l'ensenyament i l'administració infermera des que vaig elaborar el primer

text l'any 1979. Aquesta obra ha continuat evolucionant com a teoria del cuidatge humà, i posa l'èmfasi en la importància d'una relació de cuidatge transpersonal respecte de la guarició.

Dins del context d'una relació de cuidatge-guarició, el model de la Ciència del Cuidatge proposa la naturalesa energètica de la Consciència Caritas: aquesta consciència de cuidatge dimana de l'energia que una persona projecta cap a una altra. Altera el camp del moment i contribueix que els pacients puguin accedir al seu potencial de guarició interior. Aquest potencial de guarició és un procés natural que té a veure amb la noció d'estar-en-bona-relació (Quinn, 1989). La relació de cuidatge en aquest context preserva la dignitat humana, l'enteresa i la integritat; es caracteritza per la presència deliberada i plena de la infermera o infermer i per la seva tria, atès que pot escollir com ésser present en un moment de cuidatge. Aquesta decisió pot afectar la relació, per bé o per mal. La relació de cuidatge esdevé transpersonal quan la infermera o infermer és capaç de connectar amb l'esperit de l'altre, amb allò que hi ha al darrere del pacient, i s'obre d'aquesta manera a una connexió inter-spiritual que va més enllà del moment i passa a formar part del patró universal i complex de les vides d'ambdues persones. Des d'aleshores, la infermera o infermer i el pacient portaran en el seu interior aquells moments, els quals nodriran les seves properes experiències i percepcions, entre d'altres. D'aquesta manera, tant la infermera o infermer com el pacient experimenten un canvi com a resultat de la relació i la naturalesa de l'experiència (Watson, 1985).

La naturalesa transpersonal de l'experiència està relacionada amb la capacitat de la infermera o infermer d'ésser autènticament present de manera que pugui arribar fins a l'altre, i transcendir el propi ego. Aquesta és la font de la compassió, quan som capaços de connectar de manera transpersonal. Jack Kornfield copsa els conceptes transpersonal i compassió de la manera següent: «La compassió sorgeix de manera natural com un "estremiment del cor" davant del dolor, el nostre i el d'un altre. La veritable compassió no es veu limitada ni per l'expressió distant de llàstima, ni per la por que ens pugui aclaparar. Quan ens deturem en la immensa essència de la compassió, descobrim la capacitat de donar testimoni de les alegries i penes del món, de patir-les i estimar-les de manera pròpia amb el nostre cor vulnerable» (2002: 103).

### **La relació de cuidatge transpersonal (alguns fragments d'aquest apartat s'han extret de Watson, 2004a: 79)**

Els plantejaments teòrics sobre la relació de cuidatge transpersonal són coherents amb l'èmfasi sobre la Consciència Caritas com a part dels quatre processos caritas i, alhora, estableixen associacions amb altres teories existents en infermeria. Altres teories infermeres contemporànies ofereixen un plantejament coherent amb les nocions transpersonal i Consciència Caritas o de Cuidatge que aquí proposem. Newman et al. (1991) van proposar un paradigma unitari transformatiu com a puntal de la pràctica i recerca infermeres. En aquest paradigma, el fenomen és vist com un camp unitari, autoorganitzador, inclòs en un camp autoorganitzador més gran. El coneixement és personal i comprèn el reconeixement de patrons. Inclou les percepcions i el que anomenaria el camp fenomenal, el significats subjectius i intersubjectius d'ambdós participants. Així, qualsevol fenomen ha d'ésser vist com un tot i no com la suma de les parts que el conformen. Aquestes nocions d'interrelació, a l'igual dels plantejaments unitaris hologràfics de l'univers, són coherents amb les dimensions teòriques d'una relació de cuidatge transpersonal. El plantejament de Newman de la «salut com a consciència en expansió» i la Ciència Unitària de Rogers (Rogers, 1970; 1994) són coherents amb la Consciència Caritas en el sentit que el cuidatge i l'amor requereixen nivells superiors de consciència per a la infermeria professional, i estableixen vincles entre el cuidatge i els resultats derivats de la guarició, la salut o la sanació, de manera que transcendeixen els resultats convencionals de la curació per si sola.

Una Consciència Caritas en evolució és el que guia una relació de cuidatge transpersonal. Transmet un interès per la vida i el món interior i el significat subjectiu de l'altre; aquest altre s'ha manifestat plenament, és a dir, és un esperit manifest. La noció transpersonal convida l'amabilitat amorosa plena i l'equanimitat de la nostra presència-en-el-moment, atès que un moment de cuidatge significatiu pot ésser determinant per a la vida d'un mateix. Afecta tant la infermera o infermer com el pacient i es projecta més enllà del moment, establint un vincle amb el camp universal de l'infinit al qual tots pertanyem, i en el qual existim. D'aquesta manera, el moment perdura. Una connexió interespiritual tan autèntica en un moment determinat transcendeix el nivell de l'ego personal, propi del control professional, i obre el cor i la ment intel·ligent de la infermera o infermer a allò que realment emergeix i es presenta per si mateix en el moment-d'ara. La Consciència Caritas transper-

sonal de la infermera o infermer està més oberta, receptiva i és més sensible al que passa durant el moment; és més capaç de llegir el camp, de captar-ne les subtils, d'utilitzar tots els recursos i recórrer a totes les formes de coneixement: coneixement empíricotècnic, ètic, intuïtiu, personal, estètic i, fins i tot, espiritual. És més capaç d'accedir al marc de referència de l'altra persona i romandre-hi; és més capaç de desconnectar de la rutina funcional ordinària, el protocol establert, l'agenda o les tasques i veure i escoltar les pistes verbals i no verbals; és més capaç d'atendre allò que és més important per a la persona i s'amaga al darrere del pacient i el protocol. La infermera o infermer està alerta i amb una actitud receptiva davant del que es presenta i emergeix per a l'altre en aquest moment determinat.

Aquest canvi de consciència i la capacitat d'ésser-present-en-l'ara, en aquest moment, no impedeixen que la infermera o infermer dugui a terme tasques o procediments necessaris, sinó que, de fet, la Consciència Caritas transpersonal expandeix el cuidatge; en efecte, en força casos, la Consciència Caritas transpersonal, aquesta habilitat adquirida d'ésser-present-en-l'ara, fa disminuir la necessitat de cuidatge. L'atenció que s'ofereix és més precisa, més centrada en l'objectiu, més adequada i, generalment, més satisfactòria tant per a la infermera o infermer com per al pacient. Pot guarir, donar la vida i rebre-la. La Consciència Caritas transpersonal i la relació transpersonal requereixen una autenticitat d'Ésser i Esdevenir més plenament humans i humanitaris, més generosos, compassius, sensibles, presents, capaços; més competents com a persones; més capaços d'existir en silenci, de participar amb coneixement de causa en accions morals que comprenen dolor, malestar, lluites emocionals i patiment sense girar-nos cap a l'altre costat. Aquestes competències, aquesta consciència, estan relacionades amb els altres factors de cuidatge i processos caritas, existeixen en el nivell ontològic, ètic i moral i exigeixen la pràctica d'un cuidatge professional en infermeria. Aquesta consciència ofereix una recerca comuna de sentit per a la guarició, per a tota mena de relacions, per a la malaltia, el dolor, el patiment, la pèdua, la mort i la vulnerabilitat, entre d'altres.

Les inefables experiències humanes ordinàries que tots compartim són aquelles activitats humanes relacionades amb com viure i com encarar la mort i el procés de la mort, independentment de si som nosaltres els que lluïem per viure i morir o és un estrany, un pacient o una persona estimada. Aquesta és la recerca caritas per a la profunda realitat que encarem en la professió

infermera. Sovint, aquestes són les pràctiques humanes, ètiques i anònimes, tàcites i subdesenvolupades, que hem d'afrontar i observar des de dins i a les quals hem d'apel·lar en la nostra tasca professional de cuidatge-guarició.

Aquestes són les pràctiques profundes i realitats humanes que tots els professionals de la salut afrontem; aquest treball requereix, en última instància, competències de cuidatge de caire ontològic. En última instància, per a aquest treball cal retornar a allò que Stephen Mitchell va anomenar «la font i l'essència de totes les coses, la intel·ligència lluminosa que brilla des de les profunditats del cor humà: la incògnita vital, immanent, subtil, radiant [...] que els nostres avantpassats anomenaven la “realitat innombrable”; “allò que fa que totes les coses existeixin”» (1994: Xiv). Un retorn cap a «encarar la nostra pròpia humanitat» i la de l'altre, en el sentit ètic profund de Lévinas (1969), és l'única manera de salvaguardar la humanitat al llarg del temps; en aquest cas, és la font per salvaguardar el Cuidatge i l'Amor i, potser, fins i tot, la supervivència de la professió que avui dia coneixem com a infermeria.

Des del moment que prestem atenció a la Consciència Caritas, els processos caritas i els factors de cuidatge redefinits, tanquem el cercle i tornem a la naturalesa profundament humana i plenament espiritual de la infermeria professional, tornem a un reconeixement de les dimensions espirituals, misterioses i sagrades, que sovint romanen en silenci en la perifèria de la nostra feina i la nostra vida. Aquestes dimensions no poden ésser ignorades en una filosofia i Ciència del Cuidatge amb una Consciència Caritas evolucionada envers un mateix i tota la humanitat. El creixement i la maduresa espirituals continuats són part del viatge cap a la presa de consciència transpersonal i la infermeria basada en la Consciència Caritas. I és un viatge de per vida.

[Nosaltres] aprenem els uns dels altres com podem ésser més humans mitjançant la identificació de nosaltres mateixos amb els altres i el reflex dels seus dilemes en nosaltres mateixos. El que tots nosaltres aprenem d'això és autoconeixement. El jo que descobrim és tots els jos. És el jo humà universal. Aprenem a reconèixer-nos a nosaltres mateixos en els altres. [Això] manté viva la nostra noció comuna d'humanitat i contribueix a no reduir un altre ésser humà a la condició moral d'objecte.

(Watson, 1985: 59)

## **Supòsits d'una infermera o infermer caritas: la relació i la Consciència Caritas transpersonals**

- La infermera o infermer caritas té un compromís moral amb la societat i la humanitat. És capaç de manifestar una intencionalitat i una Consciència Caritas respecte d'un mateix i de l'altre a fi de protegir, millorar, promocionar i preservar la dignitat humana i l'enteresa.
- La infermera o infermer caritas afirma la importància subjectiva i espiritual d'un mateix i els altres, alhora que mira de salvaguardar el cuidatge en un entorn d'amenaçes i desesperació, ja siguin biològiques, institucionals o d'una altra mena.
- La infermera o infermer caritas honra la relació Jo-Tu i no la del Jo-Allò.
- La infermera o infermer caritas mira de reconèixer, honrar i identificar amb precisió l'esperit de l'altre mitjançant la presència genuïna, situant-se en el centre i estant disponible en el moment-d'ara.
- Per mitjà d'accions, paraules, la veu, la presència no verbal, els pensaments, els sentiments i el ple ús d'un mateix, la infermera o infermer caritas connecta amb l'altre.
- La connexió caritas es pot produir de manera deliberada però autèntica per mitjà d'actes, moviments, gestos, expressions facials, procediments, la facilitació d'informació, el tacte, la veu, el to de la veu, la manera de tocar, l'ús de sons relaxants, expressions verbals i habilitats científicotècniques que transmeten cuidatge a l'altra persona. Totes aquestes accions i formes humanes de comunicació professional i personal contribueixen a la connexió de cuidatge transpersonal.
- No s'espera que la infermera o infermer caritas estableixi una connexió de cuidatge transpersonal o moment de cuidatge amb cada pacient. Però la Consciència Caritas sí que es considera un ideal professional per orientar el compromís moral i ètic i la intencionalitat d'un mateix envers cada pacient i salvaguardar la missió del cuidatge en la infermeria i el seu pacte amb la societat.

### **El moment de cuidatge**

Amb la llum de cada moment, se'm revela quelcom bell, que passa a formar part de qui sóc.

(Marianne Williamson)

Un element central de la teoria de cuidatge transpersonal i la Consciència Caritas, ja emfasitzat, és que es manifesta com una connexió interpersonal

especial en un moment determinat, l'ara, i passa a formar part de les dues persones que l'experimenten. A la meua obra teòrica faig referència a aquest concepte com a moment de cuidatge. El moment de cuidatge de l'ara es produeix quan la infermera o infermer connecta espiritualment amb una altra persona, més enllà de l'ego, la personalitat, l'aspecte físic, l'afecció, el diagnòstic i, fins i tot, la conducta actual; la infermera o infermer mira de veure qui és aquesta persona plenament espiritual, alhora que en llegeix el camp. La infermera o infermer caritas en un moment de cuidatge recorre a totes les seves habilitats, coneixements, recursos i formes de coneixement. Des del moment que connecta d'aquesta manera, el moment esdevé transcendent. Aquesta mena de moments són una experiència focal en l'espai i el temps, però el moment de cuidatge de connexió amb l'ara transcendeix el sentit del temps i l'espai; té un camp més gran que el de les persones que l'experimenten. La connexió va més enllà de si mateixa i, alhora, sorgeix de si mateixa en el moment, i passa a formar part de la història vital de cada una de les persones, com també d'un patró vital i universal més gran, profund i complex (Watson, 1985).

Premises hologràfiques de la Consciència Caritas i la relació (Watson, 2005; 2008)

- Un sol moment de cuidatge conté la totalitat de la Consciència Caritas, i la transmet.
- La persona que ofereix cuidatge i la que el rep estan connectades entre si i amb el camp de l'univers unificat al qual tots pertanyem.
- La Consciència Caritas de la infermera o infermer es transmet a l'altre.
- La Consciència Caritas i el moment de cuidatge són transpersonals en el sentit que existeixen més enllà del temps i l'espai i predominen respecte de la simple atenció física.
- La Consciència Caritas transcendeix el moment; d'aquesta manera, té la possibilitat d'influir sobre totes dues persones més enllà del moment.

### **La literatura existent sobre el cuidatge: coherent amb la intencionalitat de la Consciència Caritas transpersonal**

Les intencions ens recorden el que és important [...]. La intenció guia les nostres tries i accions [...]. Les nostres intencions serveixen de model, atès que ens permeten donar forma als nostres esforços [...] i a les nostres vides [...], i dirigir-los.

(Kabat-Zinn i Kabat-Zinn, 1997: 381)

El pensament relacionat amb la intencionalitat connecta amb el concepte de consciència, energia [...]. Si la nostra intencionalitat conscient és per tenir pensaments [Caritas] que són bondadosos, amorosos, oberts, amables i receptius, en oposició a una intencionalitat per controlar, manipular i tenir el poder, les conseqüències seran significatives [...] en funció dels diversos nivells de consciència [...] i l'energia associada amb els diferents pensaments.

(Watson, 1999: 121; la paraula «Caritas» es va afegir l'any 2006).

Smith (1992) va dur a terme una anàlisi elaborada de la literatura existent sobre el cuidatge des de l'òptica de la Ciència Unitària. Aquesta perspectiva és coherent amb les dimensions transpersonals que hem presentat més amunt en el sentit que el camp unitari de l'infinit és el context, que transcendeix qualsevol esdeveniment aïllat i connecta amb les parts del tot. L'anàlisi d'Smith sobre el cuidatge des d'aquest camp unitari més ampli va tenir com a resultat la identificació i descripció de cinc elements constituents del cuidatge:

1. Manifestar la intenció.
2. Apreciar el patró.
3. Sintonitzar amb el flux dinàmic.
4. Experimentar l'infinit.
5. Convidar l'emergència creativa.

Bàsicament, l'anàlisi d'Smith va revelar l'existència d'un rerefons comú en totes les publicacions teòriques i filosòfiques sobre el cuidatge en infermeria. Quan es va explorar la literatura sobre el cuidatge des del camp unitari de la ciència, aquestes característiques van despuntar. Van transcendir els diversos autors i teories des del moment que es van elevar a un ordre d'anàlisi superior i més profund. Aquestes dimensions i maneres de veure alguns dels principis universals sobre què es manifesta en un moment de cuidatge determinat es poden considerar transpersonals; és a dir, els conceptes de manifestar la intenció, apreciar el patró, sintonitzar amb el flux dinàmic (en el moment), experimentar l'infinit i convidar l'emergència creativa funcionen tots com a part de les nocions hologràfiques experimentades en una Consciència Caritas i un moment de cuidatge transpersonal.

Les nocions d'intencionalitat i la seva manifestació fan referència al fet de centrar l'atenció i la consciència en un objecte mental concret. Smith va definir les intencions (de cuidatge) que es manifestaven com aquelles que



creen, comprenen i expressen pensaments, imatges, sentiments, creences, desitjos, voluntat (intenció) i accions que refermen les possibilitats de millora o benestar de les persones (1992: 14-28). Dins del context caritas, les expressions d'intencions de cuidatge podrien incloure també el fet de centrar-se en la persona en el moment-d'ara; el fet de tenir una consciència amorosa per preservar l'enteresa de la persona, la dignitat i la integritat; el fet de tenir una actitud reverent envers el que emergeix en aquests moments dels processos interns subjectius; i el fet d'acostar-se als altres amb una autèntica presència i una actitud oberta a la participació creativa amb l'infinit (Watson, 2005).

Mentre que no és ni possible ni probable que aquestes característiques es manifestin totes alhora, el que passa en un moment de cuidatge sí que influeix sobre ambdues parts, per bé o per mal. L'apartat següent se centra en la recerca clàssica de Halldorsdottir (1991), la qual ens ajuda a entendre els resultats que, per bé o per mal, tenen l'existència i la manca de cuidatge tant per als pacients com per a les infermeres o infermers.

### **El model de Halldorsdottir: de la manca de cuidatge a l'existència de cuidatge, del cuidatge biocídic al cuidatge biogènic (caritas)**

La clàssica recerca clínica de Halldorsdottir va tenir com a resultat la classificació, partint de l'experiència dels pacients, de les relacions entre la infermera o infermer i el pacient, la qual cosa ens permet copsar el continu que hi ha des de la manca de cuidatge fins a l'existència de cuidatge, cosa que, potser, es pot fer extensiva a la Consciència Caritas, i s'hi pot afegir també el continu entre la manca de guarició i la guarició (Quinn et al., 2003).

- Biocídica: aquella que destrueix la vida (és tòxica, produeix ràbia, desesperació i menys benestar).
- Bioestàtica: aquella que restringeix la vida (és una relació freda en la qual es tracta el pacient com una molèstia).
- Biopassiva: aquella que és neutral (és apàtica i distant).
- Bioactiva: aquella que preserva la vida (és la típica relació entre infermera o infermer i pacient en què hi ha amabilitat, interès i benevolència).
- Biogènica: aquella que dóna la vida i la rep, és el nivell més alt de cuidatge tant per al pacient com per al professional de la infermeria qualificat (és coherent amb els plantejaments caritas transpersonals i les relacions entre cuidatge i guarició per a un mateix i l'altre).

La modalitat biogènica està estretament relacionada amb les nocions de transpersonal i Consciència Caritas en una relació de cuidatge-guarició. Tal com ho expressava Halldorsdottir: «Aquest model biogènic [traslladat a aquest text com a model caritas] implica amor, benevolència, capacitat de resposta, generositat, misericòrdia i compassió. Una presència que, com a veritable font de vida, ofereix a l'altre una interrelació i promou la llibertat espiritual. Implica estar oberts a les persones i donar al cor mateix de l'home com a persona, crear una relació d'obertura i receptivitat, alhora que mantenim una distància creativa de respecte i compassió. La presència com a veritable font de vida o presència biogènica restableix el benestar i la dignitat humana; és una presència personal transformadora que ens canvia profundament (Halldorsdottir, 1991: 44).

L'autora continua dient que «La persona que rep experimenta un vessament de compassió [...] com un riu, i es produeix una transferència d'energia positiva, enfortidora, inspiradora [...]. Aquesta presència, font de vida, és edificant per a l'ànima de l'altre» (Halldorsdottir, 1991: 46).

Aquesta relació biogènica és equiparable al moment de cuidatge transpersonal de Watson (citat a Quinn et al., 2003) i la seva evolució cap a una Consciència Caritas i els processos caritas com a base per a una veritable relació de cuidatge-guarició (Watson, 2004a). Per posar-ne un exemple, Halldorsdottir en la seva recerca descriu el pacient de la manera següent: «El sentit és que d'alguna manera el teu esperit i el meu s'hagin trobat en l'experiència. I la idea general [és] que hi ha algú a l'hospital amb mi, i no treballant en mi» (Halldorsdottir, 1991: 44).

### **El model de Florence Nightingale com a base teòrica original per al cuidatge i la relació basada en la Consciència Caritas**

Seria negligent per part meua no reconèixer la font i l'origen de les relacions de cuidatge-guarició en el sentit que és la naturalesa la que en darrera instància cura. La missió ben coneguda de Nightingale és el coneixement compartit que la funció de la infermera o infermer és deixar el pacient en les millors condicions perquè la naturalesa actuï sobre ell o ella (Nightingale, 1969). Se suposa que ara podem establir noves connexions (des del llegat de Nightingale fins als nous models de ciència, passant per la literatura contemporània sobre infermeria): aquestes relacions de cuidatge, guarició i

amor són naturals; i, en el model de Nightingale, una relació així deixa el pacient en les millors condicions perquè la naturalesa actuï sobre ell o ella. En efecte, en aquest model de Ciència del Cuidatge de la Infermeria Caritas, és la Consciència Caritas de la relació la que guia les accions professionals, les quals contribueixen a la guarició i la sanació.

En un document sobre el mateix tema, com a fruit d'una recerca teòrica, es proposava que «la relació interpersonal té la capacitat de fer de medidora de molts processos psicofisiològics, per bé o per mal [...]. La relació biogènica o guardadora ajuda a crear les condicions per les quals la tendència innata envers el sorgiment de la guarició es facilita i millora en termes de renovació, ordre, més coherència i transformació —l'efecte Haelan segons el marc teòric de Quinn—» (Quinn et al., 2003: A75).

De manera anàloga, es pot invertir l'afirmació anterior i proposar que aquelles relacions entre el pacient i la infermera o infermer en les quals hi ha por, ansietat, desesperació i depressió, entre d'altres, es poden considerar no guaridores o, segons la recerca de Halldorsdottir, biocides o biocídiques; el contrari de les relacions biogèniques, que donen i reben la vida. A part dels marcs teòrics de la infermeria que refermen la Consciència Caritas en les relacions transpersonals de cuidatge-guarició, hi ha una «literatura [ben consolidada] en psiconeuroimmunologia, el suport social, l'amor i el caos i teories de sistemes que refermen aquesta perspectiva. S'ha demostrat que tant el suport social com l'amor afecten la salut» (Quinn et al., 2003: A75). Una afirmació teòrica que sembla relacionar totes les nocions que aquí s'han presentat sobre les relacions de cuidatge transpersonal, la Consciència Caritas, la consciència en evolució, la guarició, la sanació, el procés natural i l'amor, entre d'altres, i es resumeix en una cita de Quinn et al.: «La relació de guarició pot ésser vista com una mena de suport social fonamental i com una forma particular d'amor que s'ofereix en moments de vulnerabilitat i un desequilibri accentuat. És, potser, l'energia afegida al sistema el que permet que el pacient emergeixi del caos cap a un ordre superior, en altres paraules, es guareixi» (Quinn et al., 2003: A75).

En resum, la teoria de la Ciència del Cuidatge i la tasca acadèmica intel·lectual en la matèria proporcionen un marc transformatiu per a la maduresa de la infermeria com a disciplina diferenciada i professió al llarg d'aquest segle i en el futur.

És tot un privilegi poder contribuir a crear noves filosofies, ètiques, teories, pràctiques i recerques i tasques clíniques intel·lectuals en l'àmbit de la Ciència del Cuidatge i la teoria del cuidatge humà. Sens dubte, m'enorgulleix i afalaga acceptar aquest títol de doctora honoris causa de la mà de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona (Espanya), i, modestament, voldria donar les gràcies a tots els meus companys de professió d'aquí i arreu del món per continuar la seva tasca de cuidatge humà amb l'objectiu de servir millor a la societat i al món en aquests moments de la història.

Voldria expressar-vos la més profunda gratitud i l'agraïment més sincer per haver-me donat l'oportunitat de compartir el meu viatge cap a la Ciència del Cuidatge i la teoria del cuidatge humà, i també pel reconeixement a la meva tasca acadèmica intel·lectual i a la repercussió que ha tingut en la infermeria, en les generacions d'infermeres i infermers i en l'assistència sanitària del segle XXI.

*Jean Watson*





***Conferencia impartida por la doctora  
Linda H. Aiken con motivo de su investidura  
como Doctora Honoris Causa por la  
Universitat de Vic. Universitat Central  
de Catalunya***

***Sesión académica extraordinaria,  
29 de mayo de 2017***

***Impacte de la infermeria  
en els resultats del pacient:  
Programa mundial de recerca***



**UNIVERSITAT DE VIC  
UNIVERSITAT CENTRAL  
DE CATALUNYA**





## **INTRODUCCIÓ**

Ja fa temps que el personal d'infermeria és respectat i valorat en tot el món perquè, de forma útil i empàtica, té cura de nosaltres, ens consola i ens ofereix consells de salut des que naixem fins que ens morim, en la salut i en la malaltia. Tenim aquests professionals tan integrats a la nostra vida diària que els ubiquem en un segon pla de la nostra percepció dels serveis sanitaris més que en un primer pla, on solem posar els metges. Això no obstant, amb el temps l'atenció sanitària ha canviat de tal manera que ha empès el personal d'infermeria professional a funcions de proveïdor primari en què la seva experiència i decisions moltes vegades decanten la balança cap a la vida o la mort. Els avenços en les ciències i tecnologies mèdiques han ampliat notablement les oportunitats de tractar amb èxit les malalties i les discapacitats. Com a conseqüència d'això, alguns tractaments i aplicacions de tecnologies complexes que abans només feien els metges han esdevingut responsabilitat del personal d'infermeria. Alhora, l'organització de l'atenció sanitària s'ha tornat més complexa des del punt de vista organitzatiu. Els hospitals i les clíniques són més grans i als centres hi ha més metges, infermeres i altres treballadors que abans. S'hi han afegit nivells administratius i cada cop més els administradors provenen d'entorns comercials i no clínics. Alguns estudis internacionals de referència demostren que la qualitat de l'atenció és irregular. Els governs busquen cada vegada més incrementar la qualitat sanitària amb la mateixa intensitat que la seguretat i la satisfacció dels pacients mitjançant polítiques sovint basades en informació inadequada.

### **DOCUMENTACIÓ DE LES APORTACIONS DE LA INFERMERIA A LA QUALITAT I LA SEGURETAT**

El nostre programa de recerca al Center for Health Outcomes and Policy Research (Centre de Recerca de Polítiques i Resultats Sanitaris) de l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Pennsilvània ha recollit durant els darrers 25 anys una sèrie de proves rigoroses que demostren que les característiques modificables dels professionals de la infermeria –com ara la proporció de pacients per infermer/a, les qualificacions acadèmiques del professional d'infermeria i la qualitat dels entorns de treball– tenen un impacte significatiu i independent en els resultats dels pacients i els costos sanitaris. Certament, la nostra recerca aporta evidències que 1) tenir personal d'infermeria altament qualificat, 2) amb

càrregues de treball de pacients basades en evidències i 3) oferir l'atenció en entorns que permetin als professionals ser eficaços o eficients crea en conjunt uns resultats per pacient excel·lents i acaba sortint a compte.

Hem estudiat la relació entre les característiques del personal d'infermeria i els resultats dels pacients en milers d'hospitals en 30 països. Els resultats són notablement similars als diferents països malgrat les diferències pel que fa a l'organització, el finançament i els recursos que es dediquen als serveis sanitaris en cadascun d'ells.

En tots els casos, les diferències en els resultats dels pacients obtinguts als diferents hospitals d'un mateix país són bastant importants i no s'expliquen per les diferències en la gravetat de les malalties dels pacients. A més, potser no ens sorprèn que la qualitat del servei sigui diferent si la propietat de les instal·lacions sanitàries és pública o privada en països on conviuen ambdues modalitats. El que no era previsible són les variacions que trobem en resultats importants, com la mortalitat, entre hospitals públics i inclús entre hospitals privats dins del mateix país. La recerca que hem fet evidencia que cada país té com a mínim uns quants hospitals amb un bon rendiment, la gerència dels quals troba formes d'obtenir bons resultats encara que el clima econòmic nacional sigui limitant. Fins i tot en països com Anglaterra, que han centralitzat molt el seu sistema nacional de salut –en aquest cas el NHS– i on les expectatives són que l'estàndard de qualitat assistencial sigui similar en totes les comunitats, els resultats reals dels pacients són bastant variats entre un hospital del NHS i un altre. Per exemple, les diferències entre diversos hospitals en les taxes de mortalitat per intervencions quirúrgiques comunes són importants un cop s'han tingut en compte les diferències en la gravetat de les malalties dels pacients i en els recursos dels hospitals, així com la disponibilitat de recursos tecnològics avançats.

La nostra recerca qüestiona fins a quin punt les diferències en els resultats dels pacients als diferents hospitals s'expliquen per les variacions en els nivells del personal d'infermeria, la qualitat dels entorns de treball i la comunicació entre metges i infermeres, a més de les qualificacions del personal d'infermeria. Hi ha un variabilitat significativa entre hospitals del mateix país en totes aquestes característiques d'infermeria, la qual cosa demostra que els gestors hospitalaris tenen prioritats diferents a l'hora d'invertir en personal d'infermeria i aquestes decisions s'associen amb els resultats dels pacients.

*Personal d'infermeria:* Hem portat a terme una àmplia recerca al voltant de l'associació dels diferents nivells de personal d'infermeria, que hem definit pel nombre mitjà de pacients dels quals és responsable cada infermer/a. S'observen diferències per països en la xifra mitjana de pacients dels que té cura cada infermer/a en els diferents hospitals. Hem pogut documentar que a cada país hi ha una variabilitat substancial entre el personal d'infermeria en els diferents hospitals. I aquestes diferències en recursos d'infermeria són una explicació convincent de les diferències en els resultats dels pacients. Com menys pacients té sota la seva responsabilitat un professional d'infermeria, millors resultats obtenen els pacients. Hem documentat que en els diferents hospitals europeus, nord-americans i asiàtics, cada pacient addicional que s'afegeix a la càrrega de treball d'un/a infermer/a, s'associa amb un increment aproximat del 7 % de la mortalitat després d'intervencions quirúrgiques comunes. Als hospitals on el personal d'infermeria té cura de menys pacients per cap, la taxa d'infeccions adquirides a l'hospital decau, les readmissions 30 dies després després de rebre l'alta també són menys abundants i la satisfacció dels pacients és més gran.

Contractar més personal d'infermeria professional és car. Els gestors hospitalaris sovint pensen que es poden estalviar diners si redueixen el nombre d'infermer(e)s professionals en contracte. En canvi, la nostra recerca demostra que tenir el personal d'infermeria que cal per obtenir bons resultats en els pacients és rendible perquè s'eviten complicacions cares, com ara infeccions, que fan que els pacients s'hagin de quedar més temps a l'hospital atesa la menor càrrega de treball del personal d'infermeria. Certament, trobem que els hospitals es gasten més diners per pacient si no tenen prou infermer(e)s. Generalment, els gestors i els responsables hospitalaris també donen per fet que és segur substituir infermer(e)s professionals dels hospitals per professionals menys formats amb un salari més baix perquè suposa un estalvi de diners. La nostra recerca demostra que això no és així. En un estudi d'hospitals europeus, on esteu inclosos vosaltres, demostrem que substituir un/a auxiliar d'infermeria per un/a infermer/a professional per cada 25 pacients s'associa amb un increment del 21 % de morts de pacients després d'intervencions quirúrgiques comunes. Per tant, l'afany de reduir despeses en salut sol conduir a l'adopció de polítiques sobre personal d'infermeria que, si s'estudien de forma rigorosa, resulten no ser cap estalvi i també produeixen pitjors resultats en els pacients.

*Entorns de treball als hospitals:* Qualsevol persona hospitalitzada s'adona que els personal hospitalari sembla estar molt ocupat, de vegades massa i tot per explicar els tractaments i les medicacions, sovint degut al fet que es dediquen poques partides pressupostàries al personal d'infermeria i a altres tipus de personal. Però la nostra recerca en molts països i milers d'hospitals demostra, a més, que l'ambient d'atenció clínica és desorganitzat i caòtic en massa hospitals i sovint la comunicació entre metges i infermeres és pobre.

Hem demostrat que, de mitjana, els professionals d'infermeria d'un hospital tenen com a mínim una interrupció en mig d'una tasca cada hora per solucionar problemes com la falta d'equipament, de medicació i tractaments disponibles o perquè han de buscar resultats de proves de laboratori que s'han perdut i ordres de metges que no es troben. És un risc per a la seguretat que aquest personal sigui interromput tan sovint mentre duen a terme tasques complexes, com l'administració de la medicació o el canvi dels apòsits quirúrgics, i aquestes interrupcions minven l'eficiència i exacerbem les mancances del personal d'infermeria. La nostra recerca és pionera en el desenvolupament de mesures de supervisió per controlar la qualitat dels entorns laborals hospitalaris. Hem demostrat que els resultats dels pacients es ressenten en hospitals amb entorns de treball precaris. Fins i tot tenint en compte les diferències interhospitalàries en personal d'infermeria, la recerca que hem publicat en les principals revistes científiques internacionals demostra que als hospitals amb llocs de treball precaris hi ha més morts evitables, més infeccions, més readmissions, l'estança hospitalària és més llarga i la satisfacció del pacient és menor. Comparat amb la contractació de personal d'infermeria, la millora dels ambients de treball dels hospitals és una palanca a un cost relativament baix per millorar la qualitat hospitalària i la seguretat de l'atenció. Per millorar els ambients de treball cal crear una cultura de respecte entre professionals i treball en equip entre metges i infermeres, a més d'una major capacitat de resposta dels gestors dels hospitals per resoldre errors de funcionament que redueixen l'eficiència i l'efectivitat dels professionals clínics.

## **RESUM I IMPLICACIONS**

Del nostre programa de recerca, que ha durat més de 3 dècades, n'han sortit més de 300 documents científics en les millors revistes de recerca i polítiques de caràcter interdisciplinari de l'àmbit de la salut entre les que hi

ha *Lancet*, *European Journal of Public Health*, *British Medical Journal*, *Journal of the American Medical Association* i altres, on es demostra que el personal d'infermeria professional contribueix significativament a fer que l'atenció sanitària hospitalària sigui d'alta qualitat i a obtenir uns bons resultats per als pacients. També demostrem que les inversions en personal d'infermeria professional tenen un impacte positiu per als hospitals i els sistemes sanitaris, perquè una atenció excel·lent en infermeria evita complicacions cares. Els resultats que hem obtingut demostren que les polítiques nacionals que limiten el nombre de partides pressupostàries per a infermer(e)s professionals i que per tant els obliguen a buscar feina fora del seu país, no són d'interès públic.

La nostra recerca ha tingut un fort impacte en molts països on ha motivat els governs a canviar les seves polítiques relacionades amb el personal sanitari. Ha animat tota una sèrie de països a crear una normativa de contractació segura de personal d'infermeria hospitalari. Per exemple, aquest any passat, el País de Gal·les, Irlanda i l'estat de Queensland (Austràlia) han aprovat lleis que exigiran als hospitals aplicar ràtios de pacients per infermer/a basades en la nostra recerca. Fa uns anys, la nostra recerca va influir en la decisió del Parlament Europeu de votar a favor de modernitzar els itineraris formatius en l'àmbit de la infermeria perquè la formació de les infermeres inclogués una llicenciatura. Mentre que a Espanya totes les infermeres tenen el nivell de llicenciatura, a la majoria dels països europeus hi ha una gran variabilitat en els requisits formatius del personal d'infermeria. A més, la nostra recerca ha influït en els programes d'acreditació hospitalària de caire internacional perquè es plantegin millores en l'àmbit de la infermeria. De manera més específica, la nostra recerca va contribuir a l'èxit i a la globalització d'una acreditació per fomentar l'excel·lència en infermeria hospitalària coneguda com a Magnet Recognition, una forma d'acreditació que alguns hospitals espanyols estan treballant per aconseguir. La recerca que hem portat a terme demostra que el model que comprèn el programa d'acreditació Magnet Recognition genera millors entorns de treball als hospitals i millors resultats en els pacients en tota una sèrie de paràmetres de qualitat.

Aquesta recerca ha contribuït a rellevar la infermeria professional del segon pla dels serveis sanitaris i les polítiques sanitàries, i a situar-la en un primer pla. El personal d'infermeria té funcions cada cop més àmplies i més importants en l'atenció sanitària, i una bona atenció sanitària té un

impacte determinant en el fet que els pacients sobrevisquin o no a una cirurgia, eviten les infeccions i altres complicacions hospitalàries i poden gestionar millor les seves condicions de salut en instal·lacions comunitàries. Els recursos són finits i tots els nostres països lluiten per pagar l'atenció sanitària. La recerca que hem fet demostra sens dubte que les inversions en infermeria acaben sortint molt rendibles, fins i tot en un context de recursos limitats. El nostre personal d'infermeria és un valor nacional molt important i l'hem de contractar de forma sàvia i fer tot el que puguem per crear prou partides pressupostàries perquè els nostres ciutadans puguin beneficiar-se d'una millor salut.







***Conferencia impartida por la doctora  
Denise Gastaldo con motivo de su  
investidura como Doctora Honoris Causa  
por la Universidade da Coruña***

***Sesión académica extraordinaria,  
19 de septiembre de 2019***



UNIVERSIDADE DA CORUÑA



Sr. Reitor Magnífico da Universidade da Coruña, Autoridades, Profesores e Profesoras, Alumnos e Alumnas, Señorás e Señores:

Hoxe, 19 de setembro de 2019, é un día de celebración e xúbilo para a Universidade da Coruña, especialmente para a Facultade de Enfermería e Podoloxía e a Área de Enfermería do Departamento de Ciencias da Saúde, pola candidatura ao grao de doutora honoris causa de Dña Denise Gastaldo.

Debo recoñecer, ademais, que este momento ten unha significación singular para min, porque teño a honra e a responsabilidade de ser a madriña nesta cerimonia e pronunciar, por iso, a *laudatio académica* desta muller admirable como profesora e académica, como científica e investigadora, que se rexe por uns sólidos principios de busca da equidade entre as persoas, os cales envolven e permean todas as súas investigacións no campo da saúde.

Trátase dunha científica xenerosa e acollidora cos colegas, cos que botan a andar a súa carreira e con aqueles e aquelas que queren avanzar nela, pero tamén dunha muller de investigación para a acción, que xulga que debemos traballar para mudar o que non funciona e non resolve os problemas das persoas. Así o reflicten as súas propias palabras: «os que non queren ver a complexidade social e individual da saúde e da enfermidade é porque aínda non leron o suficiente, por iso nós temos a obriga de traballar para difundir resultados de investigación rigorosos que avalen este cambio de paradigma».

Permítanme que lles sinalo algúns feitos da súa biografía que, ao meu xeito de ver, axudan a entender a singular personalidade da nosa candidata ao grao de doutora honoris causa.

Nada en Porto Alegre, o Brasil, como a maior e única muller de tres irmáns, criouse nunha familia cunha arraigada idea de compromiso coa comunidade, desde onde hai que traballar pola equidade social. Tivo una boa infancia e medrou nun contexto en que sempre puido contar cuns fortes piares de apoio familiares que aínda hoxe están moi presentes na súa vida.

En 1985 graduouse en Enfermería na Escola de Enfermería da Universidade Federal de Río Grande do Sur; nese mesmo ano obtivo o diploma de Nursing Education na Facultade de Educación desta universidade. No ano 1987, xa en España, acada o diploma en Saúde Pública da Escola Nacional de Sanidade na

Universidade Complutense de Madrid; e desde 1988 a 1990 cursou un Mestrado en Educación, dentro do Programa de Posgrao en Educación da Universidade Federal de Río Grande do Sur.

Coincidindo con este período de especialización e formación de posgrao, tamén desenvolveu actividade profesional no Brasil: traballou como axudante de investigación (1985-1987) na Facultade de Educación da Universidade Federal de Río Grande do Sur, e como instrutora e coordinadora de instrutores na Escola Técnica de Enfermaría do CEDEN (1986-1989). Foi, así mesmo, lectora no Departamento de Enfermaría da Universidade Luterana do Brasil, onde impartiu o curso Nursing in School Settings entre 1987 e 1988, e durante 1990 e 1991 desempeñou o cargo de enfermeira escolar no Centro de Asistencia ao Educando Antão de Faria.

O seu afán de aprendizaxe levou a Denise Gastaldo a deixar o Brasil e viaxar para realizar desde 1991 a 1995 o seu doutoramento en Socioloxía no Instituto de Educación da Universidade de Londres. Despois, entre 1995 e 1997 fai unha estadía de posdoutoramento na Facultade de Ciencias Enfermeiras da Universidade de Montreal, no Canadá.

Até este punto, a súa foi unha traxectoria dentro do que cabería esperar, mais Denise Gastaldo participou e participa dun feito vital para o cambio en España da investigación en coidados liderada polas enfermeiras.

No ano 1998, cando xa era investigadora na Facultade de Ciencias Enfermeiras da Universidade de Montreal, fórmase en España o denominado Grupo de Fomento e Apoio á Investigación Clínica e Formación en Enfermaría, actualmente a Unidade de Investigación en Coidados e Servizos de Saúde, Investén, do Instituto de Saúde Carlos III. Este grupo tiña como unha das súas principais misións a de xerar coñecemento, pero atopouse cunha realidade en que a posibilidade das enfermeiras de investigaren dunha maneira regrada estaba —aínda está— cegada academicamente, e o número dos que, case pola súa conta, se ocupaban disto era —aínda o é— moi limitado. Ante esta situación, que facer? De novo tiña que producirse unha saída das enfermeiras para se formaren fóra de España.

A coordinadora do grupo, a Dra. Mayte Moreno, que previamente cursara un Máster en Enfermaría na Universidade de Montreal, empezou a sondar as

posibilidades de que as enfermeiras españolas fosen aceptadas nesta universidade. Así, en Investén decídese recorrer a Denise Gastaldo, neste momento unha moza pero máis que preparada profesora da Universidade de Montreal, brasileira de orixe mais cun perfecto dominio do castelán, que traballara no Reino Unido, era autora de varias publicacións e, malia a súa mocidade, constituía xa un referente na investigación en coidados da saúde.

Buscábase nela unha especie de titora das primeiras alumnas españolas deste máster, e co fin de puidese desempeñar eficazmente esta tutela, Investén proponlle unha estada previa duns meses no noso país, para que visitase institucións sanitarias e docentes do ámbito da enfermaría e se fixese unha idea do nivel da investigación enfermeira da altura, alén, por suposto, de que tivese un primeiro contacto coas futuras alumnas.

Comeza así unha xira por España que aínda se lembra como a da «maleta da Piquer de Denise», pola cantidade de cidades visitadas. Esta experiencia foi descrita por Denise Gastaldo do seguinte xeito:

Eu era unha investigadora de posdoutoramento, e aquela xira, avalada por Mme. Suzanne Kerouac, a decana da miña facultade, foi unha experiencia fantástica na miña carreira. Coñecín a moitísimos profesionais interesados en formarse como investigadores. Algúns nunca oíran falar de investigación cualitativa e outros, con formación en ciencias sociais ou educación, tiñan ideas moi interesantes para proxectos que desen voz aos pacientes, familias e profesionais. O certo é que naquela estada os recursos económicos eran moi limitados. De feito, en Madrid cheguei a quedar sen financiamento e tiven que aloxarme na casa dalgún amigo de Mayte, mesmo que usar a tarxeta de crédito do meu pai até que o Instituto de Saúde Carlos III e o Fondo de Investigacións Sanitarias se puxeron de acordo sobre o financiamento.

Nesta viaxe Denise Gastaldo deuse conta de que a principal barreira para a formación en investigación das enfermeiras españolas era o feito de que unicamente contaban co título de diplomadas, que nas universidades norteamericanas non posuía valor universitario.

Así as cousas, co apoio de Mme. Kerouac tivo lugar unha reunión con varios directores de programas da Universidade de Montreal. Algúns deles sostiñan que de ningunha maneira se podía aceptar ás enfermeiras españolas

nos programas, fronte a Denise Gastaldo, que defendeu con vehemencia que a nosa diplomatura era equivalente ao título de bachelor, xa que as enfermeiras españolas ofrecían coidados en todos os niveis como as enfermeiras canadenses. A reunión foi tensa, pero finalmente a decana acordou facer un intento, o que permitiu aceptar as dúas primeiras bolseiras.

Coa súa personalidade arrasadora, a súa experiencia no ámbito internacional e a súa destreza para facilitar as cousas, Denise Gastaldo converteuse nunha figura clave para a posta en marcha do chamado Convenio de Montreal no ano 1998.

Cuns inicios como os que acabo de referirllles pódese intuír que a carreira de Denise Gastaldo nos seguintes 20 anos é difícil de condensar na miña intervención. Recoñezo a miña incapacidade para resumir con xustiza as súas numerosas actividades pasadas e actuais no eido académico e da investigación. Farei un intento. Descúlpome de antemán por non poder abarcar todo o seu frutífero labor desde o Convenio de Montreal, que ordenarei do seguinte xeito:

### **1. A Denise Gastaldo investigadora e académica**

As súas investigacións céntranse no estudo da saúde como fenómeno social. Investiga a maneira en que ten lugar a produción da saúde a través de procesos sociais, políticos e económicos, ao tempo que explora a migración e o xénero

como determinantes sociais da saúde, tanto no Canadá como no ámbito internacional. Non podería recoller hoxe aquí todos os seus logros e resultados polo miúdo, así que lles exporei datos globais:

- a) 22 proxectos de investigación en calidade de investigadora principal ou de investigadora sénior;
- b) máis de 60 artigos publicados en revistas de impacto de ámbito internacional e nacional;
- c) numerosos relatorios e comunicacións presentados en congresos internacionais;
- d) 32 participacións en libros e capítulos de libro;
- e) dirección de teses, traballos de máster, titorización estudantes de pre e posdoutoramento doutros países;
- f) e avaliación externa de teses de doutoramento, proxectos de investigación etc.

Nos estudos universitarios de enfermaría da Universidade de Toronto, presenta a saúde global como un compoñente central do plan de estudos para graduados, e logrou grandes avances na creación das competencias de investigación e educación en saúde internacional. Tamén é fundadora da Colaboración Internacional de Doutoramento en Enfermaría que involucra ás facultades de enfermaría do Canadá, España, México, Australia e Finlandia; e paralelamente ensina investigación cualitativa en Australia, o Brasil, Nicaragua e México, entre outros países.

En España ten colaborado con diferentes universidades. Así, por exemplo, desde o ano 2005 é profesora do Programa de Doutoramento en Enfermaría e Saúde Internacional do Departamento de Enfermaría e Fisioterapia da Universidade das Illas Baleares. A súa colaboración coa Universidade da Coruña remóntase a hai unha década, en que comezou a traballar con profesoras da Facultade de Enfermaría e Podoloxía vinculadas ao Laboratorio de Investigación Cualitativa en Ciencias da Saúde do Grupo de Investigación Cardiovascular (GRINCAR). Recibiu os nosos estudantes de pre ou posdoutoramento de Enfermaría e Terapia Ocupacional, aos cales proporcionou unha oportunidade única para afondaren na metodoloxía de investigación cualitativa nas súas respectivas disciplinas.

Entre 2000 e 2009 é membro do Qualitative Inquiry Group (QUIG) da Universidade de Toronto. Durante este período lidera o establecemento dun currículo interdisciplinar compartido entre as facultades da área da saúde e promove a creación do Centre for Critical Qualitative Health Research (CQ). De 2009 a 2014 é vicedirectora do devandito centro, e de 2014 a 2018 a súa directora, o que a leva a consolidar un currículo de posgrao con 12 materias de investigación cualitativa para doutoramento e tres para máster, compartidas entre as facultades de Saúde Pública, Educación Física, Rehabilitación, Farmacia, Traballo Social e Enfermaría.

Como directora do Centre for Critical Qualitative Health Research da Universidade de Toronto, alén de recibir múltiples académicos visitantes, traballou con numerosos estudantes de doutoramento que realizan investigación interdisciplinaria de saúde cualitativa en numerosos países.

En 2011 recibe en España o Career Award for Nursing Research Capacity Building in Spain, de mans de Investén, coa colaboración das facultades de Enfermaría das Illas Baleares e Lleida.

Ten Denise Gastaldo, como pode apreciarse, unha extraordinaria ubicuidade internacional, mais tamén un forte compromiso coas tarefas de cada momento que marca toda a súa traxectoria.

## **2. A Denise Gastaldo mentora**

Ao longo dos anos Denise Gastaldo ten mostrado unha actitude enormemente desinteresada á hora de compartir o seu tempo e os seus vastos coñecementos sobre saúde global e enfermaría internacional. A pesar da súa apertada axenda, sempre mantén a súa porta aberta e ofrece unha resposta cálida e accesible, pois está moi comprometida co éxito dos estudantes. De igual xeito, con frecuencia brinda asesoramento profesional tanto a estudantes de posgrao como de pregrao, e axúdaos en presentacións e publicacións.

A excelencia de Denise Gastaldo como mentora radica no seu entusiasmo, na súa compaixón e no interese que mostra por todo o que fai. Sempre ofrece unha visión adaptada a cada aprendiz sen ter conta do tempo. Ademais cabe salientarmos que en España o seu traballo como mentora permitiu a creación do primeiro Programa de Doutoramento en Enfermaría.

En resumo, o seu labor como mentora posibilitou construír a capacidade para investigar en países onde as enfermeiras, e outros profesionais da saúde, necesitaban axuda para desenvolver sólidas carreiras como investigadoras. Hoxe aquí, dun xeito ou doutro, estamos integrantes de varias xeracións que debemos a nosa posición ao traballo feito por Denise Gastaldo, que foi a nosa guía en moitas accións, entre outras, pois non podo esquecer o traballo de todas as enfermeiras españolas que puxeron en marcha os engranaxes necesarios para chegarmos até onde estamos. Engrenaxes que non deben parar e que debemos seguir mantendo en funcionamento até que o seu movemento sexa recoñecido como natural.

Como síntese final, quero indicar que me satisfai moito ter a oportunidade de expor esta laudatio, porque alén de visibilizar os méritos de Denise Gastaldo, atrévome a dicir que reflicte o contexto de cambio no campo da enfermaría nos máis de 20 anos da súa traxectoria, que nos fai chegar a unha maioría de idade moi desexada. Ao mesmo tempo, tamén nos enche de responsabilidades coas que soñabamos, mais que nos obrigan a asegurar a cada paso que damos, tendo



sempre un comportamento esixente, formulado sen mornezas, os problemas como Denise Gastaldo nos ensinou a moitas de nós.

Nos anos que levo a estudar e aprender de Denise Gastaldo sempre vin nela unha actitude de loita, reivindicación, esperanza, constancia, tenacidade, de superación das dificultades e de busca de transformar a realidade aplicando a suficiente dose de habilidade e coraxe.

E conclúo: polo seu labor de formación de enfermeiras investigadoras en España nos últimos 21 anos, e en recoñecemento da súa achega científica para desenvolver estudos e novas metodoloxías, así como para crear un coñecemento transformador que permita promocionar a saúde de todas as persoas e ensinar as consecuencias para a saúde das inequidades sociais, rógovos, Sr. Reitor Magnífico, que lle sexa outorgado o grao de doutora honoris causa en Enfermaría á Excma. Sra. D.a Denise Gastaldo.

Sr. Reitor Magnífico da Universidade da Coruña, Autoridades académicas, Claustro de profesores da Universidade da Coruña e representantes da comunidade académica española e internacional, Compañeiros, Compañeiros, Amigas, Amigos e Familiares:

Dedico esta presentación á memoria de Andrée Maniette, Michel Perreault e Mme. Kerouac, da Universidade de Montreal, Pilar Ferrer da Universidade das Illas Baleares e Francisco Mercado da Universidade de Guadalaxara, persoas que me acompañaron ou promoveron as miñas colaboracións académicas en España.

En 1986, a miña nai leu unha pequena noticia nun periódico de Porto Alegre. En España estábanse a ofrecer bolsas para latinoamericanos co gallo da celebración dos 500 anos da descuberta de América. Claro que desde a perspectiva dos americanos nativos eran 500 anos da invasión, mais nese momento eu tiña unha actitude bastante colonizada pola forte influencia cultural dos Estados Unidos e Europa en América Latina, onde a maioría de nós reverenciabamos todo o que viña do chamado «primeiro mundo» como superior. Ao longo de máis de cinco séculos fomos definidos por todas as nosas supostas deficiencias e ausencias, non polas calamidades que o colonialismo e o imperialismo capitalista comportaron nesa parte do mundo. Nesa complexa relación colonizador-colonizado, a miña vida persoal e académica foi pautada por unha experiencia de hibridismo, ambivalencia e mestizaxe.

Fun a primeira persoa da miña familia en regresar a Europa, de onde os meus xenes e a miña cultura familiar proceden, mais onde nin eu nin os meus irmáns, os meus pais e avós xamais estiveramos. O meu pai díxome iso antes de que collese o avión para Madrid a principios de xaneiro de 1987. Cun abrigo prestado da miña compañeira Gessy Genz, unha excelente enfermeira e visionaria do ensino da enfermaría, cheguei diante dun convento ás sete da mañá, e alí as monxas de clausura preguntáronme: «Vés do Brasil? E dis que Nieves chamou para dicirnos que chegarías hoxe?». Deixáronme no portón e desapareceron. Volveron un anaco despois. Non sabían nada da miña chegada. A irmá vasca Nieves adoitaba enviar xente así, de sorpresa. En poucos minutos leváronme ao cuarto reservado para os curas, fóra da casa, ao lado da capela, e ofrecéronme o almorzo.

### **De ATS a enfermeira cientista<sup>1</sup>**

Días despois, xa cun cuarto nun piso cerca do parque do Retiro, na casa de Pepita, comecei a miña especialización na Escola Nacional de Sanidade, onde xurdiron dous problemas: en primeiro lugar, o curso era malísimo; e, en segundo lugar, pasados xa case tres meses, alguén supuxo que eu era axudante técnica sanitaria (ATS). Chamáronme ao gabinete do xefe de estudos, que me preguntou: «Es ATS?». Eu contestei: «Non sei o que é iso. Son enfermeira con grao e licenciatura, teño cinco anos de estudos universitarios». Produciuse un silencio, dado que tal titulación non existía en España daquela. Que se definise a profesional que é a columna vertebral do sistema sanitario, a única que está 24 horas en contacto cos pacientes, cunha sigla de tres letras (ATS), fíxome intuír que algo non estaba ben na posición da muller ou no sistema sanitario na España posfranquista, como aprendería anos máis tarde traballando con Gloria Gallego e Marga Miró, as miñas ex estudantes de doutoramento da Universidade das Illas Baleares (UIB)<sup>2 3</sup>.

---

*1 Utilizo neste texto o termo cientista, non científica, porque prefiro a palabra latinoamericana, máis próxima da inglesa scientist e igual á portuguesa cientista.*

---

*2 Gallego, G. (2015) «Enfermería al servicio de las ideas. Celebrando un centenario más allá de los mitos» en VI. AA. Centenario Enfermería – Centenario del Título Oficial de Enfermería en España. Murcia, Universidade de Murcia, pp. 11-27.*

---

*3 Miró, M.; GalleGo, G.; Gastaldo, D. e NelsoN, S. (2012) «Spanish nursing under Franco: Reintention, modernization and repression (1956-1976)» Nursing Inquiry 19(3), pp. 270-280.*

Os compañeiros de clase souberon o acontecido e fixéronme preguntas para intentar axudarme a decidir cal era a denominación da miña profesión, como: «Pos inxeccións?», a que eu respondín: «Podo facelo, claro, pero actualmente fago investigación». Outro silencio. Entre un compañeiro catalán graciosísimo e unha compañeira de Salamanca, preocupada porque non me desen o certificado, decidiron: «Non es ATS. Non sabemos o que es, mais es unha mestura de farmacéutica, matrona, ATS e médica, algo que aquí non hai».

O apoio dos meus compañeiros foi fundamental para min. Ademais, encantábanme os seus constantes convites, porque a bolsa era tan exigua que non me podía permitir comprar a merenda entre as clases, se quería viaxar por Europa unha vez rematado o curso. As compañeiras e os compañeiros pasaron meses invitándome a refrescos, téis, mostos e bocadillos. En particular, quero mencionar que a médica de familia Pepa González e o seu noivo Víctor foron como a miña segunda bolsa, incluído o financiamento de viaxes de fin de semana, eventos culturais e licor de érbedo nas frías noites da movida madrileña. Aprendín moi pouco de saúde pública, pero moito da vida grazas a esa estadía académico-cultural en Madrid.

O que non dixen até agora é que na convocatoria dicía explicitamente que as bolsas se ofrecían para un curso de especialización destinado a médicos, farmacéuticos e veterinarios, nesa orde. No entanto, eu pensei: «Se eles poden, por que eu non? Seguro que esqueceron poñer “enfermeira” nesta listaxe». Que inxenuidade a miña con 23 anos acabados de facer! Para os estudantes aquí presentes, quero dicir que lograr esa titulación foi consecuencia de traballar máis e mellor que case todos eles, de sentirme membro dun grupo que non entendía o que eu era, mais que me daba apoio porque cría na miña calidade como ser humano e como profesional. Así mesmo, eu non temía o inusitado, o que nunca se fixera antes; de non ser así, non tería o título.

Case un ano máis tarde, chego á casa dos meus pais en Porto Alegre o meu certificado da Escola Nacional de Sanidade, da Universidade Complutense de Madrid, en que figuraba de profesión: «diplomada en Enfermaría». De licenciada, nada.

Por que conto esta historia? Porque representa os inicios, pero tamén enmarca as características centrais, do meu traballo de colaboración dos

últimos 21 anos con investigadoras e académicas<sup>4</sup> da enfermaría e da área da saúde en España: determinación, creatividade e capacidade de compartir medios institucionais e persoais (nun contexto de pouco diñeiro, pero moitos recursos). Xa vos preguntariades cantas horas sen cobrar traballamos entre todas nos últimos 20 anos para desenvolver a investigación en enfermaría neste país. Sabedes en cantas casas durmín nos últimos 21 anos? Nin eu, xa me resulta imposible lembrar tanta xente xenerosa que ofreceu os seus recursos persoais para que eu viñese ensinar ou investigar convosco. Non obstante, moitos fragmentos de xestos cálidos quedan vivos na miña memoria. Por exemplo, lémbrome dunha profesora que ao recibirme na súa casa estaba moi preocupada por saber que comía no almorzo unha brasileira-canadense. Soubo por outra profesora que me gustaba a marmelada de laranxa, e alí estaba. Así de detallistas foron as miñas compañeiras de traballo en España.

Son moitos anos, innumerables clases, incontables horas de dirección de teses, traballo con grupos de enfermeiras investigadoras e enfermeiras hospitalarias ou de saúde comunitaria, colaboracións en distintas universidades, ademais das múltiples visitas curtas e longas de estudantes e investigadoras á Universidade de Toronto. Por iso, como boa canadense, descúlpome desde xa, mais será imposible facer unha síntese do que fixemos xuntas e nomear todas as persoas con que traballei tan intensamente nestas dúas décadas. Para min, este doutoramento representa unha celebración dunha causa, o grande investimento colectivo para o desenvolvemento da investigación en enfermaría en España, da cal eu teño a honra de formar parte até hoxe.

Todo comezou en 1998, cando pasei catro meses traballando con Mayte Moreno e as primeiras compañeiras en Investén<sup>5</sup>, aínda nos seus inicios. Esa estaba brindoume a oportunidade de estar hoxe aquí e engadiu moitas amizades á miña vida. Por exemplo, ademais de Mayte, María Teresa Salas, unha psicóloga con quen tiveron o pracer de vivir moitas veces en Madrid desde entón. Unha vez terminada a miña estadía —cando Mayte me chamaba «Denise, a Piquer» en referencia á cantante Concha Piquer, porque me enviou a varias comunidades autónomas para dar clases de cualitativa, coa diferenza que eu viaxaba cunha maletina, non cun baúl—, seguíu colaborando con

---

*5* Unidade de Investigación en Coidados e Servizos de Saúde, Instituto Carlos III, Ministerio de Ciencia, Innovación e Universidades. Pode consultarse a súa páxina web no seguinte enderezo: <<https://bit.ly/31PTJeq>>.

Investén e a investigación clínica, malia que empecei a traballar máis a miúdo coas licenciaturas de enfermaría e os programas de posgrao que se acababan de crear. Esas colaboracións foron frutíferas, pero con moitísimos retos que enfrontamos con determinación, creatividade e capacidade de compartir recursos.

Neses primeiros anos, os meus choques culturais foron moitos, pola miña educación híbrida do Brasil, Inglaterra e o Canadá, e pola falta de tradición académica da enfermaría española da altura. Aproveitei esas diferenzas para publicar con colegas algunhas reflexións que levasen a promover a formación de enfermeiras investigadoras en España xa en 2001. Como Andreu Bover, Joan de Pedro e eu mesma dixemos<sup>6</sup>:

A conceptualización do coñecemento como intrinsecamente articulado co poder permítenos contextualizar a xestión da investigación desde unha perspectiva máis ampla. Antes de discutir cales son as estratexias de promoción e xestión da investigación que poden ser utilizadas en enfermaría, cabe cuestionarnos que significa para a enfermaría producir coñecemento, que visións do mundo promoverá este novo coñecemento e quen se beneficiará deste saber. Idealmente, diríamos que a produción de coñecemento enfermeiro, a súa difusión, a súa valoración crítica e a posta a disposición dos resultados, ao igual que no resto das disciplinas, tan só se xustifica se ofrece á sociedade unha actuación baseada na evidencia e dá como resultado a resolución de problemas sociais desde unha achega propia, suxestiva, innovadora, acorde co contexto en que vivimos e que sirva ao desenvolvemento das capacidades dos distintos grupos que conforman o tecido social. Desde a nosa perspectiva, iso é falar dunha produción do coñecemento comprometida coa xustiza social e cos grupos habitualmente excluídos polos modelos tradicionais de produción de coñecemento.

De apertarmos o botón de avance rápido, 20 anos máis tarde as enfermeiras cientistas teñen o privilexio de estar tan agoniadas e estresadas como os demais cientistas das ciencias da saúde aplicadas que queren facer investigación con impacto social, aquí, no Canadá

---

<sup>6</sup> Gastaldo, D.; de Pedro, J. e Bover, A. (2001) «El reto de investigar en enfermería: una reflexión sobre las universidades españolas y el contexto internacional [The challenge of nursing research: a reflection about Spanish universities and the international research scenario]» *Enfermería Clínica* 11(5), p. 221.

ou no Brasil, e padecer o seu mesmo sufrimento moral. Nos últimos cinco anos puideron ver unha enfermaría académica en España totalmente louqueada ou, como dixemos Andreu Bover, Marga Miró, Concha Zaforteza e eu: «Imos morrer de éxito na investigación cualitativa» en España<sup>7</sup>. *Mujeres al borde de un ataque de nervios*, o filme de Almodóvar, só é gracioso porque é un filme. Discutín os efectos das medidas de produtividade científica tamén en 2010 nun editorial escrito con Maria Lucia Bosi<sup>8</sup>, egrexia profesora de investigación cualitativa da Universidade Federal do Ceará, mais infelizmente a situación non mellorou desde aquela:

[...] interézanos sinalar que as políticas de produtividade son froito dun contexto político e cultural particular, que están baseadas en xerarquías e sistemas de avaliación moi limitados, que teñen efectos substanciais para o futuro da produción do saber e, no caso da produción no campo da saúde, tamén para a saúde e o benestar da poboación. [...]

A busca de control e eficiencia a partir dunhas normas predeterminadas (p. ex.: número de artigos publicados por ano ou factor de impacto das revistas en que se publica) son características do *modus operandi* do que se chamou a gobernabilidade científica (2) no final do século XX. Tal racionalidade de xestión propón como deben ser as institucións eficientes, diminuíndo o potencial para a creatividade na ciencia e recompensando a produtividade a partir do devandito modelo (3). Nese sistema, non son os investigadores que máis e mellor traballan os que son máis valorados, senón os que xeran «probos» do seu traballo segundo o padrón establecido (2)

E así chegamos a 2019, en que a neoliberalización da ciencia fixo que universidades e órganos públicos como a Axencia Nacional de Avaliación da Calidade e Acreditación (ANECA) usen lóxicas corporativas de indicadores que afectan non só ao tipo de traballo que produ-

---

7 Bover, A.; Gastaldo, D.; Miró, M. e Zaforteza, C. (2013) «Qualitative nursing research in Spain: An evolving strategy of resistance» en Beck, C. T. (ed.) *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. Nova York: Routledge, p. 511.

8 Gastaldo, D. e Bosi, M. L. (2010) «¿Qué significa tener impacto? Los efectos de las políticas de productividad científica en el área de la salud» *Enfermería Clínica* 20(3), pp. 145-146.

timos, senón tamén á saúde e o benestar de cientistas e estudantes de posgrao<sup>9</sup>.

Para ilustrar até qué punto chegamos, podo mencionar a miña actual experiencia de codirección con María Jesús Movilla e Carmen Coronado da tese de doutoramento da doutoranda Carla Freijomil, sobre como mellorar a atención primaria e especializada para mulleres con lesións intraepiteliais cervicais na prevención do cancro do colo do útero. Todos os datos xerados son de interese para médicos, matronas e enfermeiras do sistema de saúde galego e outras comunidades autónomas, alén de lectores internacionais. Porén, para cumprir as normas do programa de doutoramento desta universidade e a futura avaliación da ANECA, todo debe estar publicado en revistas con Journal Citation Reports (JCR) de cuartís elevados e, por tanto, en inglés.

Isto é, dicímoslles aos pacientes que nos conten as súas experiencias, que queremos mellorar os servizos de saúde en Galicia e España e publicamos as nosas investigacións en inglés en revistas que non están dispoñibles para a maioría dos profesionais, ou pagamos para que saia en acceso aberto. Despois, a compañía Thomson Reuters, que calcula o factor de impacto das revistas na súa listaxe ISI Web of Knowledge e xera o informe JCR, venderá ás nosas bibliotecas esas revistas científicas por valores elevados, cando ademais unha gran parte profesionais de Asia, África e América Latina non terá acceso a elas, por non mencionarmos a todos aqueles que non len en inglés de maneira fluída.

Nese proceso, académicos de universidades públicas traballan normalmente de forma gratuíta como editores e revisores para esas revistas que, na súa maioría, pertencen a empresas multinacionais. É dicir, actualmente a ciencia e a avaliación dos cientistas na área da saúde, como noutras áreas, está enmarcada nunha lóxica capitalista de transferencia de fondos públicos para empresas privadas e que ten un impacto negativo na atención á saúde da poboación. Como xa notamos Malu e eu<sup>10</sup>:

---

9 BerG, M. e seeBer, B. (2013) «The slow professor: Challenging the culture of speed in the academy» *Transformative Dialogues: Teaching & Learning Journal* 6(3), pp. 1-7. Dispoñible no enderezo web: <<https://bit.ly/2TI5lgU>>.

---

10 Gastaldo, D. e Bosi, M. L. (2010) *op. cit.*, p. 146.

Coa globalización dos criterios, na área da saúde inténtase avaliar investigadores/as de distintos campos, que empregan distintas metodoloxías, falan distintas linguas e son de varias nacionalidades, pola súa habilidade, por exemplo, para publicar en revistas anglosaxonas con alto factor de impacto. Científicos/as de enfermaría que comunmente realizan investigación clínica e aplicada, como os outros na área da saúde, non poderán xamais competir de forma equitativa con científicos/as que traballan no campo da investigación básica. Este sistema de avaliación reproduce formas de inequidade xa identificadas anteriormente na economía política do campo científico (5). Aqueles que non dominan o inglés (en xeral só as elites dos países teñen acceso á educación lingüística de tal nivel), os investigadores cualitativos que traballan en contextos socioculturais complexos e «intraducibles», ou os científicos dos países de baixa e media renda per cápita con pouco apoio para a investigación, ven diminuído o seu recoñecemento científico e, por conseguinte, son etiquetados co rótulo de investigadores de baixo impacto ou improdutos (6).[...]

A perversión do devandito modelo é que canto maior sexa a aplicación práctica dun estudo situado nun contexto específico, como pode ser unha investigación-acción para a mellora da práctica clínica nunha unidade hospitalaria, por tanto, de grande impacto social para a poboación e para os profesionais sanitarios, menos probable será que tal estudo sexa de interese para revistas internacionais (é dicir, anglosaxonas) e, por tanto, sexa considerado como «de impacto» científico. Cabe cuestionármonos de que ciencia estamos a falar cando o coñecemento en saúde non está concibido para xerar cambio e non se considera a súa aplicación prioritaria.

Para ilustrar o efecto de estudos contextualizados e comprometidos con problemas cotiáns, teño o exemplo das miñas ex estudantes Pilar Delgado e Concha Zaforteza, que conduciron traballos de investigación-acción participativa (IAP), respectivamente en Barcelona e Palma de Mallorca, para mellorar as intervencións enfermeiras de cara ao paciente e a familia. Coa participación de moitas profesionais, lograron crear unha atención de maior calidade para pacientes e familiares e unha mellor colaboración interprofesional en unidades de coidados intensivos. Posteriormente, teñen participado na implantación das devanditas prácticas noutros hospitais españois.



Ademais, os seus estudantes de doutoramento —as miñas netas e os meus netos intelectuais— levaron esa metodoloxía a outros ámbitos da atención primaria e especializada, como neuroloxía, saúde mental, psiquiatría e oncoloxía. A pesar de tal impacto na mellora da calidade dos servizos de saúde, as carreiras destas científicas son avaliadas con medidas idénticas ás doutros que non teñen que investir un sen número de horas en contextos clínicos complexos para que a investigación produza, amais de novo coñecemento, unha mellora na calidade dos servizos sanitarios.

Ambas as investigadoras estudaron como se produce coñecemento enfermeiro a partir de procesos participativos e reflexivos. Tamén demostraron que mesmo ambientes moi conservadores poden ser parcialmente transformados, e que a reflexión individual e colectiva permite ás enfermeiras pasar dunha situación de «voz silenciada» á de «voz empoderada», que favorece non só os pacientes e familiares, mais tamén elas mesmas como profesionais. Dito doutro modo, pasan dun saber individual e case exclusivamente técnico a un saber colectivo e emancipatorio que mellora a calidade dos cuidados<sup>11 12</sup>.

O sorprendente deses estudos para min é que eu non traballei ningún día da miña nun hospital. Fun enfermeira de saúde comunitaria e educadora, antes de dedicarme á carreira académica, pero entendo o suficiente de teoría e metodoloxía para facer colaboracións (partnerships) de éxito con estudantes que coñecen o contexto hospitalario en profundidade e son dedicadas e creativas. Outro aspecto curioso é como aprendín eu a facer investigación-acción participativa. Quen me ensinou foi un profesor salvadoreño, Juan Antonio Tijiboy, que estudara no Salvador, os Estados Unidos e Alemaña, e fixo do Brasil o seu país de adopción. Alí foi o meu director de máster na Facultade de Educación da Universidade Federal do Río Grande do Sur. Estas dúas curiosidades reflicten a forte influencia da interdisciplinariedade e do hibridismo norte-sur na miña formación, alén da miña crenza no que Paulo Freire denominou «viabilidade non testada» e «esperanza crítica»<sup>13</sup>.

---

11 delGado-Hito, P. e Gastaldo, D. (2006) «Avaliação participativa da assistência de enfermagem em uma unidade de cuidados intensivos na Espanha. Da reflexão à mudança nas práticas do cuidado» en Mercado, F. J. e Bosí, M. L. (eds.) *Avaliações qualitativas emergentes non sistema de saúde*. Petrópolis, Vozes, pp. 281-312.

---

12 Zaforteza, C.; Gastaldo, D.; Miró, M.; Bover, A.; MoreNo, C. e Miró, R. (2015) «Transforming a conservative clinical setting: ICU nurses' strategies to improve care for the families of critically ill patients through participatory-action research» *Nursing Inquiry* 22(4), pp. 336-47. 13 de Jígueiredo-CoweN, M. e Gastaldo, D. (1999) *Paulo Freire at the Institute*. Londres, Universidade de Londres.

## Valores para orientar a produción de coñecemento

O que distingue a miña produción académica daquela da maioría dos científicos da área da saúde é que organizo os meus proxectos e as miñas publicacións por principios axiolóxicos, é dicir, valores como a equidade, a solidariedade e a inclusión social para promover a saúde. O principio articulador do meu traballo son a problematización e a politización do cotián en busca da equidade. Está claro que tal formato pouco convencional sempre foi cuestionado institucionalmente porque comporta un compromiso coa comunidade que me suxire temáticas de estudo; require que publique informes de investigación en páxinas web ou en revistas científicas de acceso aberto sen factor de impacto (segundo compañías privadas); e lévame a usar poemas e exposicións de arte para facer chegar a información a grupos comunitarios., entre outras estratexias nada apreciadas pola universidade corporativa, mesmo cando esta é pública.

Eu postulo que toda actividade científica necesita unha orientación axiolóxica explícita. Se o prestixio científico debe orientarse á transformación social, cómpre que fagamos explícita a nosa orientación para que os demais poidan decidir se queren colaborar connosco ou se discrepan cos valores e ideas que orientan os nosos proxectos. O que formuleo é que a produción de saber debe ser mediada por unha postura crítica individual e colectiva que busque comprender os efectos locais e globais da nosa perspectiva axiolóxica. No meu caso, creo que a xustiza social xera equidade no ámbito da saúde para todas e todos, e que a saúde é un dereito humano, sen importar onde naceu unha persoa. Para min, a razón económica debe estar sometida á xustiza social.

Esa idea académica aparatosa ten o seu equivalente na sabedoría popular. Como dicía o meu avó Amalio: «O camiño do inferno está empedrado de boas intencións». É dicir, unha científica ben intencionada sen habilidade reflexiva crítico-social é perigosa. Abonda con lembrarmos que o racismo, a homofobia e o sexismo tiveron apoio científico durante moito tempo. A biomedicina producida por múltiples profesionais sanitarios e científicos en laboratorio está permeada de valores velados. Por exemplo, a xente cre aínda hoxe que os espermatozoides son áxiles, decididos e fortes, uns loitadores, mentres que os óvulos son lentos e

pasivos<sup>14</sup>. A ciencia está feita por persoas que están «a remollo» na súa cultura. Dá igual o tipo de metodoloxía e a temática que se utilice. Facer ciencia é un acto creador e interpretativo, igualmente social e político e, xa que logo, unha forma de exercicio de poder.

As preguntas para as investigadoras españolas son: como non reproducir a economía política da ciencia?, como establecerse na universidade e ter impacto social? Jiddu Krishnamurti dixo: «Non é unha medida de saúde estar ben axustado a unha sociedade profundamente enferma»<sup>15</sup>. Fago unha analoxía para dicirlles ás enfermeiras que estar axustadas a un sistema de medición universal inxusto é enfermizo. Para o futuro da ciencia da enfermaría en España eu espero que haxa estudos lentos e profundos, con mellor calidade para ter impacto social, con participación de todos os involucrados nos fenómenos estudados para xerar coñecementos relevantes e prudentes para o contexto de estudo e á vez transferible a outros contextos, creando novas maneiras de conceptualizar os fenómenos co obxecto de adquirir unha base sólida para o cambio.

No actual escenario político e económico global tan preocupante, en que a misoxinia e a xenofobia volveron ser políticas —formais ou informais— de estado, as investigadoras de enfermaría españolas deben reflexionar criticamente sobre a súa posición no mundo e identificar colaboradores locais e internacionais que compartan valores de equidade na ciencia e na saúde.

O meu labor profesional e as miñas dúas décadas de colaboración con outras suxírenme algunhas pistas. Na miña carreira elixín as temáticas, as metodoloxías e as teorías que me permitisen entender as marxes da sociedade e da ciencia, e contestar o status quo da ciencia, o que implicou moito traballo e, en xeral, pouco recoñecemento formal, polo que hoxe é unha grande excepción. Suxíro ver a marxe como potencia e a mestizaxe como afirmación de posibilidades. Foi o hibridismo de Freire e Fals Borda de América Latina con autores anglosaxóns<sup>16</sup> o que fixo potentes os estudos de investi-

---

14 MartiN, E. (1991) «The Egg and the Sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles» *Signs* 16(3), pp. 485-501.

15 Citada en vonNeGut, M. (1975) *The Eden Express*. Nova York, Praeger.

gación-acción participativa que dirixín. Como propón Boaventura de Souza Santos, doutor honoris causa desta universidade, é hora de descolonizar as nosas metodoloxías e buscar xustiza cognitiva global a través de coñecementos prudentes co fin de atinxir unha vida decente para todos<sup>17</sup>.

No século XXI finalmente comezamos a entender o que os indíxenas das Américas sempre souberon, que non hai vida sen a natureza, que os ríos e os bosques deberían ser tratados como os nosos seres queridos, e que a degradación ambiental enferma e mata múltiples especies. Ailton Krenak, líder indíxena brasileiro, dinos provocativamente que ten «ideas para postergar a fin do mundo»<sup>18</sup>, mais por 500 anos crémonos demasiados listos e cientistas para dialogarmos como iguais con grupos que teñen gran sabedoría. As cientistas saben informacións, porén, iso non quere dicir necesariamente que teñen sabedoría.

España é o norte, pero xeograficamente é o sur do norte, un norte que sofre de complexo de inferioridade, que se subordina ao imperialismo académico angloamericano. É verdade que os efectos desastrosos da ditadura fascista e patriarcal en España fixeron que as enfermeiras españolas chegasen tarde ao mundo da ciencia<sup>19</sup>. No entanto, á vez, a enfermaría española medrou en menos de 20 anos —desde o acordo de Boloña— o que outros países tardaron máis de medio século en facelo.

O «milagre español» inclúe a formación en nivel de licenciatura de miles de profesoras nunha década, doutoramentos en enfermaría e multidisciplinares e investigacións realizadas por todo o país, con estudos multicéntricos entre diversas comunidades autónomas, probas da capacidade de mobilización das enfermeiras e outros académicos españois que son os vosos aliados.

---

16 Mercado-Martínez, F.J.; roBles-silva, L. e JiMéNeZ-doMiNGueZ, B. (2018) «Participatory health research in Latin America: Scientific production on chronic diseases» en Wright, M.T. e Kongats, K. (eds.) *Participatory Health Research – Voices from around the world*. Cham, Switzerland, Springer International Publishing, pp. 139-163.

---

17 de Souza, B. (2010) *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo, Ediciones Trilce. 18 Krenak, A. (2019) *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo, Companhia das Letras.

---

19 alBerdí, R. (2016) *Discurso pronunciado en el Acto de Investidura de la profesora doctora Dña. Rosamaría Alberdi Castell como Doctora Honoris Causa por la Universidad de Murcia*. Murcia, Universidad de Murcia.

Esa capacidade ten que volver ser activada. É hora de que as «acabadas de chegar» lle ensinen á centenaria universidade española os efectos excluíntes do status quo; posto que xa coñecemos os efectos de «nortear» o sur; agora é hora de «surear» o norte<sup>20</sup>.

### **Agradecementos**

Son a sétima enfermeira nomeada doutora honoris causa por unha universidade española; delas, unicamente unha profesora é española: Rosamaría Alberdi, aquí presente. Agardo que este resultado sexa máis equitativo no futuro. Son tamén a vixésimo quinta persoa en recibir un doutoramento honoris causa pola Universidade da Coruña; delas, catro son mulleres. Espero así mesmo que esta honra sinale unha nova dirección cara á paridade nun futuro non moi distante.

Non teño palabras para expresar a miña profunda gratitude a todas as persoas que fixeron esta cerimonia unha realidade, en particular, á miña madriña, Chus.

Agradezo á Universidade da Coruña a que é a maior distinción académica da miña carreira.

Agradezo aos meus mestres de investigación, en particular a Denise Leite, Juan Tijiboy, Bob Cowen, Eva Gamarnikow e Michel Perreault, a súa dedicación e xenerosidade.

Agradezo tamén que tantas de vosoutras viñesedes a este evento. A vosa presenza aquí, como xa ocorreu en 2011 en Madrid, éncheme de ledicia.

Finalmente, quero dicir que todo ese traballo foi posible porque os meus pais me crearon para o mundo, sen medo. Medrei como unha nena feliz, sen a noción de que había xente no mundo que pensaba que as mulleres non deben ou non son capaces de facer calquera tipo de traballo, como ser profesora universitaria ou cientista.

Moitas grazas!



investén  
ISCI

