

CULTURA DE LOS CUIDADOS

REVISTA DE ENFERMERIA Y HUMANIDADES

2º. Semestre 2007 • Año XI - N.º 22

EDITORIAL

- *Memória e identidade profissional: primeiro simpósio ibero-americano de história da enfermagem (brasil, outubro 2007)*

FENOMENOLOGÍA

- *Necesito ayuda para evitar que mi hijo sea obeso*
- *El significado del aborto para la adolescente que ha vivido la experiencia*

HISTORIA

- *La construcción moderna de la enfermería*
- *Cultura dos cuidados: mulheres negras e formação da enfermagem profissional brasileira*
- *As diretrizes do Relatório Goldmark para a organização de um grupo subsidiário de enfermagem (1919–1923)*

ANTROPOLOGÍA

- *Consideraciones para la práctica de cuidados a inmigrantes marroquíes*
- *Consumo de alimentos en inmigrantes de Elda y comarca*

TEORÍA Y MÉTODO

- *Análisis evolutivo del concepto persona en la teoría de adaptación de Roy*
- *Los jóvenes y la reproducción asistida*
- *Satisfacción del Cuidado Enfermero en los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, Matamoros, Tamaulipas, México*

MISCELÁNEA

- *Carta al Director*
- *Biblioteca comentada*
- *VI Jornadas Cultura de los Cuidados*



CONSEJO DE
ENFERMERÍA
DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA

SEMINARIO DE HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA
DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE ALICANTE



ASOCIACIÓN NACIONAL DE
HISTORIA Y ANTROPOLOGÍA
DE LOS CUIDADOS

SUMARIO

DIRECCIÓN

José Siles González

SUBDIRECCIÓN

Luis Cibanal Juan

DIRECCIÓN TÉCNICA Y FINANCIERA

José A. Ávila Olivares
 Antonio Verdú Rico
 Mercedes Núñez del Castillo
 Juan José Tirado Dauder
 Francisco Mulet Falcó
 Francisco J. Pareja Lloréns

COMITÉ ASESOR NACIONAL

Manuel Amezcua (Granada)
 Carmen Chamizo Vega (Gijón)
 Alberto Gálvez Toro (Jaén)
 Manuel J. García Martínez (Sevilla)
 Antonio C. García Martínez (Sevilla)
 Esperanza de la Peña Tejeiro (Mérida)
 Cecilio Eserverri Cháverri (Palencia)
 Francisca Hernández Martín (Madrid)
 Francisco Herrera Rodríguez (Cádiz)
 Amparo Nogales Esport (Valencia)
 Natividad Sánchez González (Albacete)
 Francisco Ventosa Esquinaldo (Salamanca)

COMITÉ ASESOR INTERNACIONAL

Carmen de la Cuesta Benjumea
 Marilyn Douglas (EE.UU.)
 Ximena Isla Lund (Chile)
 Raquel Spector (EE.UU.)
 Rick Zoucha (EE.UU.)
 Taka Oguiso (Brasil)
 Genival Fernandes de Freitas (Brasil)
 Asesor Enfermería Militar: Capitan J. Fco. Montes Jiménez

CONSEJO DE REDACCIÓN

SECRETARÍA
 Elena Ferrer Hemández *ferrer_ele@gva.es*
 Telf.: 966989085

REDACTOR ELECTRÓNICO

Francisco Calatayud Menor
 Miguel Castell Molina
 Isabel Casabona Martínez
 Juan Mario Domínguez Santamaría
 Belén Estebán Fernández
 Eva M^a Gabaldón Bravo
 Manuel Lillo Crespo
 Asunción Ors Montenegro
 Rosa Pérez-Cañaveras
 M^a Mercedes Rizo Baeza
 Carmen Solano Ruiz
 Flores Vizcaya Moreno
 José Ramón Martínez Riera

RELACIONES INTERNACIONALES

Maribel Sanz Quintero
 M^a José Muñoz Reig
 Adrián S. Morse

Cultura de los Cuidados. Revista socio-fundadora del Consejo de Editores de Revistas de Enfermería Iberoamericanas. Cultura de los Cuidados está incluida en las bases de datos: BDIE, ENFISPO, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN CINHAL y emerotecas digitales como: Cantárida y RUA (repositorio Institucional Universidad de Alicante) Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

SUSCRIPCIONES: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
 C/. Xàbia, 4 - 3^a Pta. 10 - 46010 Valencia
 Tarifas 2 números (1 año)

España y Portugal: 12,02 euros
 Alumnos Enfermería: 7,21 euros
 Extranjero: 18,03 euros

Revista «on line»:

<http://www.culturadeloscuidados.org>
 ISSN:1138-1728-Dep.Legal: A-1309-1997
 Título clave: Cultura de los Cuidados
 Título abreviado: Cul. Cuid.
 Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)
 Imprime: Gráficas Estilo. Alicante

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONTENIDOS DE LOS ARTÍCULOS

EDITORIAL

- Memória e identidade profissional: primeiro simpósio ibero-americano de história da enfermagem (brasil, outubro 2007)** 5
 PAULO FERNANDO DE SOUZA CAMPOS, TAKA OGUISSO,
 GENIVAL FERNANDES DE FREITAS

FENOMENOLOGÍA

- Necesito ayuda para evitar que mi hijo sea obeso** 9
 FELIPE MANUEL ORTIZ-JIMÉNEZ, CARMEN MARÍA POZA-ARTÉS

- El significado del aborto para la adolescente que ha vivido la experiencia** .. 16
 MARY MARQUINA, CIRA BRACHO

HISTORIA

- La construcción moderna de la enfermería** 26
 DOMINGO PALACIOS CEÑA

- Cultura dos cuidados: mulheres negras e formação da enfermagem profissional brasileira** 33
 PAULO FERNANDO DE SOUZA CAMPOS, TAKA OGUISSO,
 GENIVAL FERNANDES DE FREITAS

- As diretrizes do Relatório Goldmark para a organização de um grupo subsidiário de enfermagem (1919 – 1923)** 40
 MARY ANN MENEZES FREIRE, FERNANDA TELES MORAIS, WELLINGTON MENDONÇA DE AMORIM, OSNIR CLAUDIANO DA SILVA JÚNIOR

ANTROPOLOGÍA

- Consideraciones para la práctica de cuidados a inmigrantes marroquíes** .. 50
 ISABEL GENTIL GARCÍA

- Consumo de alimentos en inmigrantes de Elda y comarca** 56
 MANUEL GALLAR, JUAN MAESTRE, MANUEL LILLO, ISABEL CASABONA,
 JUAN MARIO DOMÍNGUEZ

TEORÍA Y MÉTODO

- Análisis evolutivo del concepto persona en la teoría de adaptación de Roy** .. 64
 TACIANA CAVALCANTE DE OLIVEIRA, VIVIANE MARTINS DA SILVA,
 MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES, THELMA LEITE DE ARAÚJO,

- Los jóvenes y la reproducción asistida** 70
 CARMEN LÓPEZ-MATHEU, LIDIA FRANCES-RIBERA,
 PILAR ISLA-PERA, ASUNCIÓN RIGOL-CUADRA,
 ISABEL SANCHEZ-ZAPLANA, JOAN BESTARD-CAMPS.

- Satisfacción del Cuidado Enfermero en los Paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2, Matamoros, Tamaulipas, México.** 80
 HERMELINDA AVILA ALPIREZ, MARIA MERCEDES RIZO BAEZA,
 YOLANDA FLORES PEÑA

MISCELÁNEA

- Carta al Director** 87
Biblioteca comentada 88
VI Jornadas Cultura de los Cuidados 91

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

NUEVAS NORMAS REGULADORAS DE LAS PUBLICACIONES EN LA REVISTA “ENFERMERÍA Y CULTURA DE LOS CUIDADOS”

A partir del próximo número de Junio de 2008 entrarán en vigor, de forma progresiva, los nuevos criterios reguladores del sistema de publicaciones en nuestra revista. Se trata de reinterpretar la función socializadora y difusora de la producción científica enfermera a la luz de la creciente demanda de internacionalización de la misma. En definitiva, a partir del próximo número *Enfermería y Cultura de los Cuidados* publicará artículos en tres lenguas: español, portugués e inglés. Sólo los resúmenes deberán estar escritos en los tres idiomas, pudiendo el artículo estar escrito en cualquiera de ellos.

Conscientes de la dificultad que puede generar en los autores la traducción de sus resúmenes al portugués, la revista se hará cargo de las mismas si es preciso.

Aunque sujeta a variaciones, en aras de su filosofía contextualizadora, la revista constará de secciones tales como

- Editorial.
- Fenomenología: sección destinada a la publicación de originales y/o revisiones sobre fenomenología clínica. Asimismo tendrán cabida en este apartado las experiencias clínicas de los profesionales sea cual sea la forma de expresión: narrativa, ensayo, poética o plástica. Por último, también serán susceptibles de publicación los originales que, a juicio del comité de redacción, contribuyan al desarrollo humanístico de la enfermería (en cualquiera de sus vertientes).
- Historia: destinada a la publicación de originales y/o revisiones de historia de enfermería.
- Antropología: sección reservada para la inclusión de originales y/o revisiones de trabajos antropológicos en materia de cuidados enfermeros.
- Teoría y métodos enfermeros: apartado dedicado a la publicación de originales y/o revisiones que contribuyan tanto al desarrollo teórico-filosófico de la

enfermería como a sus métodos y aplicaciones prácticas.

- Miscelánea: Sección dedicada a la divulgación de actividades, noticias, agenda etc, revisión de novedades editoriales.
- Cartas al Director

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

- Estructura del manuscrito: En la primera página figurará el título del artículo seguido del nombre de los autores (no más de 6), su rango académico o profesional y la dirección de contacto del primer autor con su correo electrónico; en la segunda página, un resumen del trabajo no superior a 200 palabras y las palabras claves consultadas; las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo evitando poner subíndices y notas al pie de página, con una extensión no superior a los doce folios; la última página estará dedicada a la bibliografía.
- El sistema de citas adoptado en la revista está de acuerdo a la normativa Harvard-APA: en el texto sólo aparecerá el apellido y la fecha del autor entre paréntesis, ej: (López,1998). La bibliografía consultada al final del artículo no llevará numeración y quedará ordenada alfabéticamente por el apellido del autor ej: Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. Paidós, Barcelona (Libro)
Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. *Enfermería Científica* 8, 22-27 (Artículo revista)
Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. En *Las revistas españolas de enfermería* (Cibanal, L. ed.), Síntesis, Madrid pp. 88-102. (capítulo de Libro).
United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1990) *Post-Registration Education and practice Project*. UKCC, London.
- Las ilustraciones, gráficas y fotografías se enviarán a parte indicando su número de orden y título a pie de página o en su reverso en el caso de las fotografías. Las gráficas, preferentemente, deberán presentarse en blanco y negro.
- Presentación: en soporte papel mecanografiado en hojas DIN A4, letra Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio, por triplicado y en disco 3 1/2 (WORD 6-7 o equivalente).

EDITORIAL

MEMÓRIA E IDENTIDADE PROFISSIONAL: PRIMEIRO SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM (BRASIL, OUTUBRO 2007)

Paulo Fernando de Souza Campos¹, Taka Oguisso², Genival Fernandes de Freitas³

¹Doutor em História. Pós-doutorando da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Orientação Profissional. Bolsista FAPESP.

²Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Orientação Profissional. Líder do Grupo de Pesquisa História e Legislação da Enfermagem.

³Professor Doutor da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Orientação Profissional.

Durante muito tempo a História, como a história de todos os homens (essencialmente política, vista de cima e escrita por grupos hegemônicos secularmente instituídos, oriundos do velho mundo) caracterizava a única possibilidade de verificação do passado. Hermeticamente fechada, sua escrita identificava como histórico somente grandes feitos realizados por homens ilustres, auto-intitulados condutores da história. Os inominados (mulheres e homens comuns) eram considerados insignificantes. Sem merecer atenção eram relegados, excluídos, postos à margem da história por assumirem posições consideradas inferiores.

No Brasil, a escrita de uma história menos generalizante, valorizada muito mais pelo modelo teórico-filosófico em detrimento das experiências humanas, aconteceu sob o signo da interdisciplinaridade. Em consonância com outros países, a produção historiográfica nascida da recusa de uma história tradicional, preconizava que historiadores, ao escrever a história, não poderiam privilegiar o grande tempo dos acontecimentos, selecionar fatos considerados relevantes (fundados no econômico) e escrever uma história generalista, esquemática.

Para tanto, era preciso escrever uma história a contrapelo, que narrasse experiências vividas por homens e mulheres, seus feitos, sua cotidianidade

de, como propunham os historiadores ingleses ligados a new left ou os franceses da nouvelle histoire. Os movimentos de historiadores interessados na ampliação do universo de análise e de referência histórica contribuíram, nesse sentido, ao conquistar novos objetos, novas abordagens e novos problemas às investigações acerca das experiências humanas, ampliando, sobremaneira, o ofício do historiador.

Neste processo, as mulheres assumiram papel de destaque: no bojo das transformações, a história das mulheres destituiu limites que encerravam o passado e as pessoas que dele participaram na esteira das ações masculinas. Quase nunca mencionadas pela historiografia dominante, as mulheres eram consideradas subalternas, diminuídas em suas ocupações e fazeres. As explicações atingiam inclusive a anatomia de seus sexos, pensado desde os gregos como algo embotado, não desenvolvido, como explica Thomas Laqueur ao escrever o livro "Inventando o Sexo". A supremacia e dominação masculina, erigidos por dogmas e tabus que as eliminavam do processo histórico, parecia então encontrar seu fim.

A mulher assumiu lugares diversos, destacando-se no âmbito social. Contudo, sua participação no processo histórico sofreu (e ainda sofre) impo-

sições da dominação masculina. Exemplar, nesse sentido, é a profissionalização da enfermagem. A história da enfermagem moderna revela forte influência da dominação masculina na construção histórica da arte e ciência do cuidado: as enfermeiras eram simbolicamente identificadas como dóceis, frágeis, carinhosas e abnegadas (exaltando a fragilidade e vulnerabilidade da mulher, ao mesmo tempo que representava o hospital como extensão do lar), como “religiosas sem o hábito” (enaltecendo a idéia de submissão como inerente à condição feminina) ou ainda como grande mãe (representação erigida no seio dos grandes conflitos bélicos que assolaram o século XX). Mesmo reconhecidos, os lugares assumidos pelas mulheres reiteravam estereótipos que as sub-julgavam.

Ainda que perpassada por pré-conceitos, é possível afirmar que a profissionalização da enfermagem teve papel preponderante na emancipação feminina. Todavia, ao reiterar à ação do cuidado a partir das qualidades da feminilidade (nem sempre compatíveis e aceitáveis pelas mulheres, sobretudo as que negam a natureza) a profissionalização e o modelo nursing proposto originalmente por Florence Nightingale (1820-1910) implicavam ser verdade construções discursivas que, em última instância, visavam controlar e esquadrihar as mulheres; como nos relata Élizabeth Badinter em seu livro “O Mito do Amor Materno”.

A história da enfermagem sugere muitos questionamentos, alguns ainda sem respostas. A feminilização do cuidado é um dos problemas que perpassam a historiografia sobre o tema, que raramente considera o período pré-nightingaleano. Quando reconhecido, enaltece a marginalização das cuidadoras (sempre vistas como prostitutas, delinquentes, prisioneiras), não abarcam a presença negra e masculina (amas, babás, monges, pastores, soldados), tampouco manifestações culturais assentadas na prática da cura e do que hoje identificamos como assistência, como permite entrever as telas pintadas por Paul Gauguin em sua passagem pelas ilhas da Polinésia, nas quais o pintor exalta e alia o cuidado ao transcendental, místico-religioso.

Tais inquietações norteiam as ações do Grupo de Pesquisa História e Legislação da Enfermagem, do Departamento de Orientação Profissional, da Escola de Enfermagem da Universidade de São

Paulo. Como ratificar a importância da história (da enfermagem) para a formação e orientação profissional? De que maneira avançar o debate em torno da profissionalização da enfermagem não apenas no Brasil, mas no mundo ibero-americano que lhe deu origem histórica? Quais as relações de interdependência existentes nos processos que levaram à instalação de escolas de enfermagem no Brasil, (erigidas em modelos europeu e norte-americano) e cuja importância se estendeu para outros países da América Latina? Para responder essas premissas se fez necessário encampar o movimento em curso (ainda que localizado) em prol do recrudescimento da história da enfermagem como um campo legítimo da formação profissional.

Neste sentido, foi proposto a realização da primeira edição do Simpósio Ibero-Americano de História da Enfermagem e que este recuperasse o debate em torno da memória e da identidade profissional. O evento, organizado e executado pela Escola de Enfermagem da USP, identificou três grandes eixos para as exposições: História das Instituições de Ensino, Assistência e Agremiações de Enfermagem, História de Vida e Antropologia dos Cuidados; temática esta proposta após visita técnica realizada junto ao Departamento de Enfermeria E.U.E. Universidad de Alicante em outubro de 2006, na qual pudemos observar a extensão e o alcance das investigações em torno de problemáticas que perpassam a trajetória histórico-cultural da enfermagem.

O primeiro eixo recuperou os movimentos de instalação de escolas de enfermagem (abordagem que permitiu múltiplas constatações, dado o volume de trabalhos inscritos) institutos de assistência, hospitais e espaços de atendimento nos quais a enfermagem atua com primazia, tais como casas de parto ou de amparo maternal, assim como a organização sindical, legislação e associações de classe como, a fundação da Associação Brasileira de Enfermagem, a construção de espaços assistenciais e suas transformações. O segundo eixo propôs a recuperação de experiências individuais ou de grupo no âmbito da enfermagem. Os temas implicaram pensar a atuação de homens e mulheres no campo da enfermagem, institucional ou não, enfermeiros, médicos e pacientes. O terceiro eixo evidenciou a multiplicidade de ações no campo do

cuidado, sobretudo as que ultrapassam os limites impostos pela oficialização do ensino, da institucionalização da prática, avançando para terrenos pouco explorados tais como, o cuidado exercido por negros, das representações simbólicas da enfermagem, o cuidado exercido por religiosos, entre outros.

Participaram do evento com apresentação de trabalhos enfermeiros, historiadores e antropólogos de países da América Latina (Chile, Peru, Colômbia), Europa (Portugal e Espanha), África (Angola, Cabo Verde) e Ásia (Japão), este representado pela Presidente do International Council of Nurses – ICN, Dra. Hiroko Minami. Todas as regiões do Brasil encaminharam seus representantes que apresentaram trabalhos em consonância com os eixos temáticos propostos, enriquecendo e ampliando o pensar e o fazer a história no âmbito da enfermagem. A repercussão nacional e internacional permitiu o encontro de pesquisadores que, sintomaticamente, se alinharam em uma única direção: batalhar pela validação da área como campo de investigação que, para além dos conteúdos da orientação profissional, legitima a identidade profissional da enfermagem no Brasil e no mundo.

Os resultados alcançados pelo evento permitem considerar que a história da enfermagem, redimensionada pela cultura dos cuidados, deve ser valorizada como fundamental para o desenvolvimento da assistência. O reconhecimento das expe-

riências que construíram os alicerces da profissão no universo ibero-americano, revelado pela ampla participação de pesquisadores de diferentes partes do mundo, é indicativo seguro de que a análise crítica e dialética dos caminhos percorridos pela enfermagem é meio eficaz para o fortalecimento da profissão. Sem o resgate da memória não há como sustentar a identidade profissional, não há como projetar o futuro ou as ações que dele farão parte.

O intercâmbio dos saberes voltados para a história da enfermagem possibilitou a primeira edição do Simpósio Ibero-Americano de História da Enfermagem, assinalando o compromisso com uma escrita da história que recupere experiências de homens e mulheres, ilustres ou inominados para, assim, reescrever a história dos cuidados.

O presente editorial de “Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades” e a divulgação pela Associação Portuguesa de Enfermagem – APE, que encampou a organização e execução da segunda edição do evento, são indicativos seguros de que a história da enfermagem não se diluirá diante dos grandes desafios teórico-metodológicos que enfrenta. Ao contrário, a força vital da História da Enfermagem e sua importância na formação do enfermeiro permanece sustentada pela continuidade do debate, pela composição de parcerias e pelo diálogo cada vez mais frequente entre grupos de pesquisadores dos países que compõe o mundo ibero-americano.



FENOMENOLOGÍA

NECESITO AYUDA PARA EVITAR QUE MI HIJO SEA OBESO

Felipe Manuel Ortiz-Jiménez¹, Carmen María Poza-Artés²

¹Diplomado Universitario en Enfermería y Fisioterapia. Centro Andaluz de Medicina del Deporte, Almería. Consejería de Turismo, Comercio y Deporte. Junta de Andalucía.

²Diplomada Universitaria en Enfermería y Licenciada en Geografía e Historia. Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.



Key Words: child obesity, life habits, cardiovascular risk, qualitative research.

RESUMEN

La obesidad Infantil es un problema de salud pública internacional. Está asociada con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, por lo que su impacto económico sobre el gasto sanitario es muy elevado. La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial compleja, y por ello en el abordaje terapéutico deben combinarse: la dieta, el ejercicio y la modificación del comportamiento. El apoyo social es necesario para evitar su progresión. M^a Dolores tiene un hijo de cinco años de edad que es obeso. Es una madre concienciada con el problema que supone la obesidad y conoce las consecuencias que pueda tener para la salud de su hijo. Intenta inculcar a su hijo hábitos saludables, pero una falta de colaboración de su marido, de la abuela materna y de parte de la sociedad se lo impiden.

Palabras clave: Obesidad infantil/ Hábitos de vida/Riesgo cardiovascular/Investigación cualitativa.

La obesidad Infantil es un problema de salud pública en los países desarrollados, el cual se puede agravar en los próximos años si no se pone solución. Está asociada con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas: enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes mellitus,

I NEED HELP TO PREVENT MY CHILD OF BECOMING OBESE

SUMMARY

Child obesity has become an international public health issue. It is associated to a higher prevalence of chronic diseases, thus its high impact on health services expenses. Because obesity is a multifactorial chronic disease, therapeutical approach must combine diet, physical exercise and behavioural changes. Social support is necessary to prevent it from increasing. Maria Dolores has an obese 5 year old child. She is aware of the problems and consequences for her child's health brought by obesity. She tries to promote healthy habits for him, but lack of cooperation from her husband, mother and part of the current society make it hard for her.

algunos tipos de cáncer, por lo que se configura como un importante factor de riesgo en edad adulta. El impacto económico, de las enfermedades asociadas a la obesidad, sobre el gasto sanitario es elevado (teniendo en cuenta el coste directo de su tratamiento y los gastos indirectos que ocasionan). Sin embargo, el presupuesto y las iniciativas destinadas a la prevención son aún escasas. Las estrategias de salud pública y la mejora en los medios terapéuticos han hecho posible reducir considerablemente la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los últimos años. Sin embargo, esta tendencia puede revertirse si no se consigue detener el avance de la obesidad (Aranceta et al 2003).

Para catalogar a un paciente como obeso, los comités internacionales de expertos y los Consensos de la Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO, 2000) recomiendan el empleo de datos antropométricos. Recomiendan el empleo del Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador de adiposidad corporal. Desde un punto de vista clínico y epidemiológico, en la población infantil y juvenil, se habla de obesidad cuando la relación entre el peso y talla (según la edad y el sexo) superan el percentil 97 (Consenso español, 1995).

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial compleja. En el abordaje terapéutico, para evitar su progresión, deben combinarse: la dieta, el ejercicio, la modificación del comportamiento alimentario y el apoyo social (Aranceta et al 2003):

- La dieta representa el pilar fundamental del tratamiento de la obesidad, ya que la ganancia de peso se produce por una descompensación entre la ingesta de alimentos y el gasto de energía. Pero previamente debemos conocer su conducta alimentaria, el contenido calórico de su ingesta mediante una encuesta alimentaria y la motivación para llevarla a cabo.
- La práctica de ejercicio de forma regular es importante para el control de peso a largo plazo. Para estimular la práctica del ejercicio debemos resaltar entre otros efectos beneficiosos: la reducción de la mortalidad, la prevención de la osteoporosis, el aumento de la sensibilidad a la insulina y la tolerancia a la

glucosa, la mejoría del perfil lipídico, de la presión arterial y la sensación de bienestar.

- Los principios de la terapia del comportamiento para la obesidad consisten en reducir la ingesta de alimentos e incrementar la actividad física. Una presunción implícita en la filosofía de esta terapia es que, una vez modificados los hábitos y el estilo de vida del paciente, éstos serán mantenidos por aspectos de refuerzo naturales, como por ejemplo, la satisfacción de un peso menor y mayor autoestima. Las técnicas de esta terapia incluyen: técnicas de control de estímulo, técnicas de reforzamiento de los cambios en el comportamiento automonitorización de la ingesta, actividad física y emocional, contrato de comportamiento (estableciendo objetivos realistas e identificándolos claramente) y apoyo social que nos respalde nuestras actuaciones.
- El Apoyo social sería deseable tanto desde el entorno escolar como desde el medio comunitario. Se debe potenciar una educación nutricional adecuada en la que existiera implicación de educadores, padres y aquellos familiares implicados en la educación del niño y alumnos. Así mismo fomentando la práctica de ejercicio físico, habilitando espacios seguros y adecuados para la práctica deportiva en los recintos docentes y en la comunidad.

He elegido a M^a Dolores como informante para la realización de esta entrevista en profundidad porque se trata de una madre joven, de 38 años de edad, cuyo hijo (de cinco años) es obeso, ya que tiene un percentil mayor de 97 (Fudación Orbeago, 2004). Es una madre concienciada con el problema que supone la obesidad y conoce las consecuencias que, tanto el sobrepeso como la obesidad, puedan tener para ella, su hijo, su familia y para la sociedad en general. Es conocedora de las consecuencias que tiene, tanto para la salud física como psíquica. Conoce cuáles son los hábitos de vida saludables que debe inculcar a su hijo, pero la falta de colaboración de su marido, de la abuela materna y de parte de la sociedad se lo impide.

Teniendo en cuenta que la edad infantil y juvenil es una etapa crítica en la instauración y proyec-

ción de la obesidad en la edad adulta, sería recomendable que las actuaciones, que emanasen de las Administraciones Públicas, para la prevención de la obesidad, fuesen encaminadas a la modificación de comportamientos de aquellas personas y parte de la Sociedad que se lo obstaculizan. Antes de modificar los comportamientos hay detectarlos. Éste es un ejemplo en el que hemos detectado comportamientos que son sensibles a intervenciones enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aranceta J, Foz M, Gil B, Jover E, Mantilla T, Millán J, Monereo S y Moreno B. (2003) Documento de consenso: obesidad y riesgo cardiovascular. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*; 15(5):196-233.
- Consenso español 1995 para la evaluación de la obesidad y para la realización de estudios epidemiológicos (1996) *Medicina Clínica*. 107: 782-787.
- Consenso SEEDO 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (2000) *Medicina Clínica*. 115: 587-597
- Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo. Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre. *Curvas y Tablas de crecimiento (estudios Longitudinal y Transversal)* 2004. Bilbao: Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo. Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre, 2004.

¿PORQUÉ ME PREOCUPA LA OBESIDAD?

Yo imagino que a todo el mundo le debería preocupar, por las consecuencias que se ven. Ya no es que se vean en la tele o nos las digan los médicos, sino que nosotros mismos las estamos viendo en nuestro entorno. ¿A mí por qué me preocupa?, quizás porque a mi hijo, cuando era pequeño, todo el mundo decía: “¡Hay qué delgado está el niño!” y a mí me molestaba mucho que me dijeran que mi hijo era delgado, cuando nació con cuatro quilos cuatrocientos gramos. Posteriormente en la guardería me decían: “no come el niño”. Posiblemente me obsesioné y soy ahora culpable de que esté un poquito más gordo de lo normal, en el sentido que su padre y yo le dábamos más alimentación de la que necesitaba realmente. Ahora he cambiado, prefiero que coma de menos a que coma de más. Pero cuando se ha puesto malo, con neumonía, pienso



que me he descuidado últimamente en la alimentación.

Quizás yo estoy muy concienciada con eso porque no me gustaría que mi hijo fuese obeso, por el problema social que representa, por los antecedentes familiares de diabetes y porque yo tengo el colesterol alto. Entonces considero que debe ir bastante controlado, porque lo que más me preocupa es el futuro del niño. ¿Qué voy a hacer yo con ese niño, cuando sea mayor?.

Mi madre es diabética, no se pone insulina pero toma pastillas. Su hermano sí se pone insulina. Mi abuelo murió por las complicaciones del azúcar y mi hermano mayor toma pastillas para el azúcar. A Antonio, otro hermano mío, le han hecho la curva y también le han sacado azúcar. Casualmente a otro hermano mío, Cristo, le hicieron una analítica hace unos días y estaba un poco por encima de lo normal y cuando le dijo al médico que la madre era diabética, le ha dicho “durante un mes ven todos los días a hacerte la prueba para ver qué pasa, por si acaso”. Por temas de circulación bastante mal también, yo creo que es hereditario, porque mi padre y dos de sus hermanos tienen la pierna amputada por falta de circulación. A mi padre le dio una angina de pecho. Sin embargo en mi casa ninguno ha sido gordo. Mi tío, el hermano de mi madre, es un esqueleto andante, de siempre ha sido bastante delgado, y todos nosotros de pequeños hemos sido muy delgados.

El padre de mi marido murió de una hemorragia cerebral. Están obsesionados los tres hermanos que van a morir de eso [ríe]. Aún sabiendo las consecuencias que tiene la obesidad no intentan



ponerle solución, ya que les supone un esfuerzo exagerado. Tampoco piensan dejar de fumar porque “creen que eso lo acelera más”. Saben perfectamente qué deben y qué no deben comer, pero no son conscientes realmente de las consecuencias.

Yo tengo el colesterol alto. De pequeña, cuando llegaba del colegio no comía nada, era un sable. Un sable significa que no comía ni para medio vivir, me tenían que llevar a muchos médicos para que comiese. Me encantaban los huevos fritos, los huevos revueltos, y como mi madre me veía comer huevos “pues que coma huevos, pues son muy buenos”. Las tocinetas me encantaban [ríe] y claro como me las comía y no engordaba, sino todo lo contrario, pues claro “que coma lo que quiera la niña”. Pero con el tiempo me han descubierto que tengo colesterol. Lo que yo no quiero es darle una alimentación parecida a la que yo tuve, para que después con el tiempo le pueda salir a él. Por esa serie de cosas es por las que a mi no me gusta darle muchas grasas. Que de vez en cuando al niño le apetece un poquito de tocino, pues mira porqué no se lo va a tomar, todos tenemos derecho. Que un día le apetece un dulce por supuesto que se lo va a comer, pero no por norma “para el colegio un dulce o todos los días galletas”, ¡No!. Eso ya se ha acabado.

FALTA DE APOYO FAMILIAR

Es una pelea con tu pareja porque no piensa lo mismo que tú o no vive la situación igual que tú. A mi marido le encanta los dulces, los pasteles, la bollería y comer grandes cantidades de comida. Son costumbres que ya las tiene arraigadas.

Hay cosas que he estado desechando en los últimos años, por ejemplo: las fresas con azúcar están deliciosas, pero yo sé que ese azúcar no me va a hacer bien. Entonces puedo echarle un poquito de azúcar por enzima pero no untarla entera para después masticar el azúcar con la fresa. Pues esa costumbre la tiene mi hijo, porque se la inculcado su padre, y a mi me da mucha rabia. Entonces lo que hago es “¿Tú quieres fresas?”: le hecho un poquito de azúcar por encima, para intentar quitarle esa costumbre que el padre le ha creado. Cuando era pequeño su padre le daba el yogurt con cuatro cucharadas de azúcar. Yo le decía “por Dios, no le des tanta azúcar si eso ya lleva azúcar” y decía “tú sabes lo bueno que está así”. Muchas veces nuestros propios errores se los vamos transmitiendo.

Mi padre se tomaba un vinillo con un trocito de tocino antes de la comida, él lo acostumbró a comer tocino y le encantaba, entonces mi padre le daba dos trozos de tocino pequeñillos. Mi madre, cuando no estoy yo, me dice lo que ha comido el niño. ¡Es que no tiene sentido engañar, porque al final salen las cosas!. Mi marido y la madre de mi marido, esos son los que me engañan. He tenido discusiones con la abuela cuando se lo lleva al pueblo, incluso el padre ya le ha dicho: “mamá al niño le damos y le ofrecemos nosotros la comida”, porque tiene la maldita manía de comprar muchos croisanes, muchas barritas de cereales... Entonces el niño le pide algo y se lo da. Normalmente le dice, “ve y dile a tu mamá si puedes comer de esto”, pero otras veces lo hace por detrás y entonces el niño se queda extrañado.

Toda la familia tiene que ser consciente del problema, pero siempre hay un raro en la familia. Yo discuto muchas veces con el padre. No es lógico que su padre anoche se comiese dos trozos de pizza bien hermosos y después media tableta de chocolate, ¡yo no lo veo lógico!. Eso lo está viendo tu hijo y ve que es normal, entonces ¿qué hago yo?. Es muy difícil que cuando un niño tiene este problema, todos los miembros de la familia estén apoyándolo. Sin embargo cuando un niño tiene problemas de leucemia, por ejemplo, sí lo apoyan todos. La obesidad no se ve como un problema verdaderamente, “es que el niño está hermoso”. No sabemos todos los problemas que puede acarrear,

no lo sabemos, o no lo queremos saber, porque los kilos de más en una persona no le vienen bien a nadie.

APOYO SOCIAL

En el colegio tiene “El desayuno sano” y a mi me parece que está muy bien: dos días en semana hay que llevar fruta, un día en semana un bocadillo, otro día productos lácteos y otro día bollería, me parece bien. Cosa que no todas las madres lo hacen, que eso es lo que no me parece bien. “¿Porqué no lo hacen?”: Pero tú sabes lo sencillo que es coger el paquete de galletas, echarlo en el bolso del niño y “anda niño al colegio”. Eso es mucho más sencillo que decir: “¿Qué toca hoy?: hoy toca fruta”. “Cristóbal ¿qué quieres?”, “pues una pera”, la pelo y se la hago los trocitos. “Pues si mi madre me ha puesto pera, porqué tú llevas galletas?”. Pero él sabe que tocaba fruta, pero también se come las galletas del compañero [ría]. ¿Quiénes somos culpables de todo eso?: las madres. Ahora se les está echando mucho la culpa a las abuelas también, porque “como las madres estamos trabajando las abuelas son culpables”. ¡Pues no!. La abuela no es culpable, la culpable es la madre, porque el hijo no es de la abuela sino de la madre, y quien tiene que imponerse es la madre. Muchas veces es la comodidad de las madres de dejar que su hijo se lo críen las abuelas.

Es un problema educar a un hijo y criarlo, es un problema y grande, porque no sabes si lo estás haciendo bien, tanto si le das en exceso como si le das de menos. Nunca llegas a saber si lo has hecho bien o mal. Además tienes sentimiento de culpa ante cualquier situación: que engorde, que en el colegio le digan que está gordito... Ante cualquier situación tienes sentimiento de culpa, entonces a veces es mejor decir “es que la abuela le da...”,

Hay madres que tienen en cuenta eso de desayuno sano, pero hay otras madres que no. Entonces si esos niños tienen más personalidad que mi hijo se impone. Le dan las galletas y se las come... “¿para qué?: ¿pero bueno explícame porqué te tienes que comer o traerte las galletas de otros niños a casa?”. Se fueron de excursión y yo le eché dos bocadillos, unos zumos, unas patatillas y golosinas. De regreso me encuentro, ¡qué gracioso!, un

bocadillo suyo que no se lo había comido y tres bocadillos que no eran suyos. Digo yo: “vamos a ver explícame qué es esto”: y me dice: “éste es de la mamá de Alberto que me lo dio para que me lo comiese”. ¿Pero bueno es que tu no sabes que yo te he echado dos bocadillos?, “es que su mamá lo ha echado para mi”. Los que no quieren los bocadillos se los dan a él para que se los coma, “es que Cristóbal se lo come todo, le guste o no le guste”. Todos los niños le dan los bocadillos a Cristóbal. Para que sus padres no le echen la bronca se lo dan al mío [ría], pero bueno al menos no se los come. Cuando está con los niños jugando se le olvida comer, además luego se pone a comer y dice “mamá estaba hambriento”.

Un día en el colegio, llevaba un bocadillo, había una niña que nunca se llevaba nada y él le daba del suyo, con lo cual la madre un día sin consultar conmigo le dice: “Cristóbal hoy te he traído un bocadillo de chorizo”. Digo yo ¿qué?, el bocadillo se lo traigo yo, yo se lo que se tiene que comer y lo que no. La señora estaba tan contenta y tan feliz porque le traía un bocadillo de chorizo al niño. Mi hijo no necesita comerse un bocadillo de chorizo, ¡tú te crees!”.

¿COMO HICE YO QUE COMIERA FRUTA, VERDURA Y DE TODO?

Diciéndole que es bueno para el corazón y le da mucha fuerza para hacer una actividad determinada, bajarse a la calle con la bici: “cómete eso que eso te va a dar fuerza...”, o cuando va a la piscina: “pues mira tómate dos frutas...”. Así es como yo he conseguido que Cristóbal se coma absolutamente todo tipo de verduras excepto el pimiento, pero se come todo lo demás, desde coliflor hasta las lentejas, espinacas... Todo, absolutamente todo. Pero de esa manera: es bueno para el corazón, es bueno para tener más fuerza.

Algunas madres dicen: “Es que mi hijo no come fruta”. Yo pienso: Pero bueno señora, es que si usted va por delante diciendo que su hijo no come de eso, su hijo jamás la comerá. A mí mi hijo cuando ve algo diferente me pregunta ¿“mamá me gusta eso”?, le digo: “tiene un sabor fuerte pero a lo mejor te gusta”, y lo prueba. Pero si le dices, “no, no te gusta”, nunca va a llegar a comérselo.



Hay muchas maneras de acostumbrar a los niños a que coman fruta. Primero, lógicamente, acostúmbrales en la casa y después en el colegio. Cuando le pregunto ¿te has comido la merienda?: “Sí”, ¿qué más has comido?: “Lourdes llevaba jamón, qué rico estaba...”. La madre no le echa el bocadillo cuando se lo tiene que llevar, si el bocadillo es los miércoles, pues échale el bocadillo el miércoles y los otros échale una fruta y ves acostumbrándolos a eso. Acostúmbrales a que lleve fruta, y si todos los niños llevan fruta, a lo mejor el mío no le gusta la pera que le he mandado hoy, pero aquel tiene fresas y sí le gustan, y si aquél tiene plátano: “pues dame que lo pruebe”, y así van todos comiendo todo tipo de frutas. Yo pienso que es así. También es cierto que a los niños, en el tema de la alimentación, tienen que probarlo todo desde pequeños. Tienen que probar todo lo que necesiten y no cosas que no necesiten y no sean buenas para ellos. Tú les tienes que dar lo que ellos necesiten, no lo que no necesitan, ¿a qué viene estar todos los días dándoles golosinas?, ¡No!. A Cristóbal le encantan, pero sabe que sólo puede comer una al día y no todos los días. Las tiene en la entrada de la casa, en una bandeja, a la vista y él sabe que sólo se puede comer una al día. Lo tiene claro, lo tiene asumido desde pequeño. Entonces es acostumbrarlo a que es uno al día y no darle más importancia.

Yo pienso que no es bueno ofrecerle premios del tipo: “Si haces esto o lo otro te doy una golosina”.

Él, de pequeño, consideraba que no comer era de pobres, entonces cuando decía: “no quiero comer esa comida”, yo le decía, vale no hay ningún problema, cogía el plato con mucha tranquilidad, lo quitaba, lo apartaba y decía, ya te puedes ir a tu habitación. Entonces él al pensar que no iba a comer le daba algo, porque eso era de niños pobres, “porque los niños pobres no tienen qué comer”, y decía “bueno, me lo como”. Nunca he discutido con él sobre ese tema. “No quieres comer, no hay ningún problema, vete, tú ya has terminado”. Y entonces me tenía que insistir que quería comer para volver a sentarse a comer, de esa manera él se lo ha comido todo. Esa educación se la ha dado yo sola. Cuando hay que imponerse la que se impone en casa soy yo. El padre es el bueno en esas cosas y yo soy la dura, la exigente, la recta, la que manda. Le preguntas al niño “¿Quién manda en casa?, y dice “mamá”, se hace lo que mamá dice. Últimamente estoy metiendo al padre. Cuando me pregunta algo le digo: “pregúntale a papá.” Pero esa educación se la he dado yo. Él se pone en su papel, yo me tengo que poner en el mío. Si yo no me pongo en mi papel el niño hace lo que quiere, y no se trata de que el niño haga lo que quiera.

Mi hijo fue un niño de guardería como yo digo. Un niño que entró con diez meses en la guardería y cuando se ponía malo tenía que estar con sus abuelos. Con lo cual la educación tenía que ser recta, porque mis padres eran mayores y sólo podían dedicarse a darle todo el cariño y todos los cuidados que necesita pero sin tonterías.

CONDICIONES DE VIDA, TRABAJO Y ESTRÉS

Tanto su padre como yo trabajamos, para la Administración Pública en turno de mañana. El problema es que en esta sociedad con las prisas siempre vamos corriendo a todos sitios. No podemos ir andando a llevar a nuestro hijo al colegio ni recogerlo. Tampoco podemos ir a trabajar andando. A mi me gustaría poder ir andando a casi todos los sitios. No puedes, tienes que llevarlo en coche y dejarlo, y después irte tú también a tu trabajo en

coche, con lo cual ya le estás creando la costumbre de ir a todos sitios en coche porque vamos con prisa, con estrés. Sin embargo cuando dispones de tiempo, como pasó este fin de semana que fuimos al centro de la ciudad, el padre dijo “¿nos vamos andando?”, y nos fuimos andando cuatro kilómetros, entonces al niño le gustó el paseo, no se puso pesado, al ser más mayor le gusta y lo aguanta.

ÉL PRACTICA DEPORTE PORQUE A SU MADRE LE GUSTA EL DEPORTE

Si a la madre no le gusta el deporte los niños no practican deporte, eso tenlo muy claro. Entonces a mi me encanta la natación. Normalmente vamos tres días en semana a la piscina y los otros dos se los dejo de descanso. A él le está gustando ahora, ya le está sacando partido a lo que está haciendo. Al principio cuando lo llevábamos a la piscina no le gustaba mucho, pero ya sí, ya se esfuerza, empieza a hablar de estilos. Se está metiendo en ese mundillo del lenguaje y yo creo que va a seguir. Ahora mismo practica esos tres días deporte, que no está mal, y el que practica en el colegio y en la calle con los amiguillos. Con el tiempo practicará más deportes en el colegio, en “Multideportes”, pero hasta que no tenga seis años no podrá.

Tienes que organizarte muy bien, desde principio de curso, todas las actividades del niño para que encajen y que las desarrolle.

Por regla general los niños son muy competitivos, el mío no mucho pero bueno, le da igual. Le va gustando, yo pienso que todo va con la edad. A veces los padres nos equivocamos al ir por delante de los hijos, a veces cometemos ese error. Pienso que todo va con la edad, pero no con la edad de los cinco a los veinte, ¡no!, de los cinco hasta que te mueras. Cuando dejas el colegio tienes muchos impedimentos a la hora de hacer deporte, por lo menos a mi me pasó. Cuando termina tu Instituto y después vas a la Universidad ya sabes lo que pasa: o eres muy bueno o nada. Entonces o te vas con los amigos y te hechas unos partidos o te metes en un club, siempre que tengas medios económicos. Yo me metí en un gimnasio, no podía estar parada. Yo estaba en voleibol de pequeña, entonces competía, pero claro al dejar el colegio ya no podía competir. Muchas veces no sabes a dónde ir para continuar un deporte, tu preparación física diaria.

Lo importante sería hacer escuelas deportivas que perduraran en el tiempo, que tuvieran una buena cantera de niños (fútbol, baloncesto, balonmano...), y no se tratasen de puras estadísticas.



EL SIGNIFICADO DEL ABORTO PARA LA ADOLESCENTE QUE HA VIVIDO LA EXPERIENCIA

Mary Marquina¹, Cira Bracho²

¹Doctora en Ciencias de la enfermería, Profesora titular de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes.

²Doctora en Ciencias de la educación, Profesora titular de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Carabobo.



THE MEANING OF ABORTION FOR THAT ADOLESCENT WHO HAS LIVED THE EXPERIENCE

SUMMARY

The present study is included in the investigation line of: “Care in Human Health Experience in Different Population Groups”, as part of a Doctorate in Nursing.

The aim was to find out the meaning that abortion has in adolescents, their own experience in order to build up - by means of a substantive theory - a theoretical and explanatory model.

The study was developed in Municipio Libertador, in the Mérida state capital, using a qualitative investigation, applying the Theory Based on Data, in order to understand the different meanings adolescents attribute to their abortive experience within their own context. There were 13 participants, adolescents between 16 and 19 years old. They were submitted to full interviews, which were duly recorded and transcribed. Data collec-

tion was analyzed according to data matrixes and documents. A total of 120 inductive categories were assembled in groups of 20 according to three deductive categories: family relationships; partners and friends; social condition and structural environment; and feelings about abortion situation. The research concludes with the theoretical demonstration that in a social violent context, machismo, emotional deprivation and abortion culture are linked to sad feelings, emptiness, lost, sorrow for the abortion, and mourning as main category.

Keywords: Abortion, adolescent, mourning, reproductive and sexual health.

RESUMEN

El estudio está inserto en la línea de investigación “El Cuidado en la Experiencia Humana de la Salud en diferentes grupos poblacionales”, Doctorado en enfermería, Universidad de Carabobo. El objetivo fue develar el significado que tiene para las adolescentes su experiencia del aborto y construir, mediante teoría sustantiva, un modelo teórico explicatorio. El estudio se desarrolló en el Municipio Libertador, capital del estado Mérida, enmarcado en el paradigma cualitativo, mediante la Teoría Fundamentada en los Datos, para buscar comprender los significados que las adolescentes atribuyen a su experiencia abortiva en su contexto. Las participantes fueron 13, con edades de 16 a 19 años, a quienes se les realizaron entrevistas a profundidad, grabadas y transcritas. Los datos interpretados a través de matrices y documentos; de 120 categorías inductivas se agruparon en 20, surgidas de las tres categorías deductivas: relaciones familiares, pareja y amigos; condición social y estructural del ambiente; y sentimiento de la situación de aborto. Concluimos demostrando teóricamente que

el contexto social de violencia, machismo, carencias afectivas y cultura de aborto, está ligado a los sentimientos de tristeza, vacío, pérdida, dolor por el aborto y el duelo como categoría central.

Palabras clave: Aborto, adolescente, duelo, salud sexual y reproductiva.

EL ABORTO EN LA ADOLESCENTE: ¡UN PROBLEMA!

En torno al fenómeno del aborto han existido posturas como la político-jurídica, sociológica y religiosa. En muchos países el aborto ha sido despenalizado, en América: en Estados Unidos y Cuba. La postura de la Iglesia Católica, defiende el derecho a la vida desde el momento de la concepción. Y en la postura feminista, postulan que la mujer tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo.

En nuestro ejercicio como enfermeras, nos surgió preocupación por la problemática del aborto cuando realizábamos pasantías con grupos de estudiantes en el área obstétrica, al observar el considerable número de jóvenes que consultaban por aborto existiendo el servicio de planificación familiar y el cuidado a la prenatal. Para entonces, el trabajo se orientaba en la satisfacción de las necesidades y solución de problemas a estas usuarias con un abordaje biologicista, más que integral, pues la atención se centraba en explicar científicamente la situación de la joven y a brindar cuidados técnicamente calificados, como expertas en el área. Esta preocupación se acentuó más cuando en los cursos de Maestría en Enfermería, en salud reproductiva efectuamos distintos trabajos como fueron la accesibilidad a los servicios de planificación familiar y la funcionalidad familiar que tenían las adolescentes con aborto. Las mismas tenían un enfoque biologicista, cuyo razonamiento se centraba en explicar los factores en términos de servicio ofertado, costo, distancia geográfica y aceptación por parte de las usuarias en cuanto a la accesibilidad a ese servicio; y si las familias eran sanas o insanas. Esos trabajos esbozaron datos acordes al tipo de investigación que fue efectuada, en las que se estudió los fenómenos desde fuera y no desde dentro de la persona, cuyos resultados fueron que el servicio

de planificación familiar no está adecuado a las necesidades de los adolescentes en términos de accesibilidad, y que había disfunción familiar en los hogares de las adolescentes.

La mortalidad por causas obstétricas no aparece en los primeros lugares de muerte entre adolescentes, no obstante en nuestro estado este indicador ha alcanzado niveles muy importantes como es el 26,4% del total de los grupos, cuyas causas están relacionadas con complicaciones del trabajo de parto, trastornos hipertensivos del embarazo, complicaciones del puerperio y el aborto.

Toda esta información evidencia la interferencia para que las personas lleven una vida productiva, más bien se propicia un ambiente de riesgo para la salud reproductiva. Además de que la procedencia de las personas es variada, lo cual implica que poseen un bagaje cultural que influye en el proceso de vida de las adolescentes, quienes precisamente están desarrollando su principal tarea: la identidad, con adultos que le resultan significativos o con jóvenes líderes de los grupos, muchas veces fuera de su propio contexto, influidos por la transculturización.

Mérida, es una subregión andina de Venezuela fundada en 1558 por Juan Rodríguez Suárez, con una población total de 795.708 habitantes, según la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI - 2005). La influencia ejercida por el medio, propio de montañas, hacen formas de asumir su vida cotidiana. Al respecto, el célebre Picón Salas (1957), evocó: "Y la franciscana cercanía de los árboles, aguas, horizontes de placentero verdor, parece convidar en Mérida al estudio y a la meditación. Nuestra tradición de cultura -por modesta que parezca - nos hizo en general gentes reflexivas, corteses y razonadoras". (p.7). La bicentenario Universidad de Los Andes, la coloca como una ciudad: la universitaria. Para otros es una Universidad con una ciudad por dentro. La familia sigue siendo el elemento fundamental de esta sociedad.

Los objetivos que nos trazamos:

1. Presentar el significado del aborto para las adolescentes en su contexto social.
2. Describir la percepción de las adolescentes sobre la influencia de su contexto en el significado que tiene el aborto para ellas.

3. Formular elementos teóricos sobre el significado del aborto, dado por las adolescentes.

Nuestra epistème (referentes teóricos): Etimológicamente, la palabra aborto proviene del latín “abortare”; está compuesta por el prefijo ab (privación) y ortus (nacimiento), literalmente significa privación del nacimiento (Aray 1998, p.25, Sgambatti 1999, p.29). Abrisqueta (1996), del Centro de Investigaciones Biológicas de Madrid, sostiene que es indudable el inicio de la vida humana desde el mismo momento de la fecundación “... no es, sin embargo tan evidente que sea desde el primer momento un individuo humano...” (s/p). Desde el punto de vista filosófico, la vida comienza con la fecundación. Como concepción de Estado, en nuestra Constitución quedó establecido en el artículo 43: “El derecho a la vida es inviolable. Ninguna ley podrá establecer pena de muerte, ni autoridad alguna aplicarla...” (Constitución República Bolivariana de Venezuela 1999, p.16).

El aborto puede ser espontáneo o provocado. Farías (1998), expone que estudios etnográficos realizados recientemente en países en vías de desarrollo, han brindado información sobre métodos abortivos clandestinos, de los cuales se han destacado el uso de diversas hierbas y píldoras. En Venezuela, destaca el uso del misofprostone; situaciones que se evidencian en las narraciones dadas por las adolescentes del estudio.

Las tendencias sociales han favorecido la fecundidad y el aborto en la adolescente, desde el manejo de los conceptos sobre sexualidad hasta la independencia del producto de su madre. Londoño (1991), diferencia muy bien la sexualidad y el sexo. La sexualidad abarca a todo el ser humano, hombre y mujer, y lo distingue en su actuar, pensar y sentir; mientras que el sexo se refiere únicamente a las diferencias genitales entre el hombre y la mujer. La confusión o uso inadecuado de estos términos, hace que se confunda felicidad con placer, libertad con libertinaje, hacer el amor con promiscuidad, amor con sentimientos y sensaciones placenteras y no como un acto voluntario e inmerso en el deseo de bien al otro.

Es importante destacar que un embarazo deseado, incluso buscado, se puede convertir en inoportuno por el proceso cambiante en que se da la vida y confluyen hechos que tornan dinámico el

suceso. Londoño (op.cit), los resume como: muerte repentina de la pareja, rompimiento de la relación, enfermedad grave de familiar significativo, revés financiero, nombramiento o asignación de beca, ambicionados y afectados por el embarazo, entorno violento, problemas con la ley y depresión aguda. Muchas veces el mismo espontáneo es consecuencia de la respuesta del organismo a la situación que vive esa adolescente cuyos riesgos son considerables, sobre todo en países como el nuestro, en el que dicha práctica es de carácter ilegal y, en el mayor de los casos se realiza en condiciones médicas poco satisfactorias, amén del contexto social en el que ella se ve amenazada de perder su año de estudio, su hogar, su reputación, entre otros. Todo ello es una expresión de la difícil situación que le corresponde atravesar a las adolescentes, pues se ve comprometida su esfera biológica, psicológica, social y espiritual, y quizás en el peor de los casos muchas mueren, dejando el vacío, el dolor y el reproche en los otros, que resumidamente presentamos a través del ejemplo narrado por Silber (2000), cuando refiere textualmente las palabras de un padre cuya hija adolescente murió a consecuencia de un aborto inducido. “Si yo le hubiera prestado atención a las leyes que hacen que el aborto sea ilegal antes de que pasara lo que pasó, yo con toda probabilidad hubiese estado de acuerdo. Pero ahora yo sé lo que hace la maldita ley: ¡mata a nuestras hijas!” (p. 577). Vemos un daño irreparable. Tal vez es otro el salto que hay que dar en este momento. Desde hace algunas décadas, se ha pasado de la mentalidad anticonceptiva al aborto. Estamos en el momento de repensar la realidad. De modo que en opinión de Hurst, citada por Curtoisie (1996), la prohibición del aborto actualmente no queda dentro de la entendida infalibilidad papal, es más bien una cuestión de interpretación que ha generado numerosos debates a través de los siglos, porque se trata de la vida, es multidimensional y de gran complejidad, es una realidad contemporánea y planetaria en términos de Morin (2000), reviste importancia todo lo relacionado con nuestro potencial reproductivo y, específicamente con el de nuestras adolescentes. Es la individualidad, la especie, la sociedad, tríada indisoluble que amerita ser repensada para asegurar la sobre vivencia de la especie humana.

A toda esta realidad, sumamos que la mayoría de las familias venezolanas responden a una estructura matrisocial, que según Hurtado (1999), corresponden al primer nivel explicativo de la situación familiar, con la excesiva referencia a la significación de la figura materna, quien es la que orienta la centralidad y normas de vida familiar y las relaciones o vida de la sociedad. La figura paterna se muestra insignificante. Además, la edad de la adolescente no le ha permitido prepararse para el ejercicio de un trabajo digno, que le facilite la movilización en la escala social. Un embarazo comporta para ellas un elemento que dificulta sus proyectos académicos, económicos y laborales. Para Alva (1999), de las estadísticas emanadas del Centro de Ayuda a la Mujer, el 53% lo hace por razones de tipo social, 18% por problemas familiares y 20% por razones económicas. Al mismo tiempo las condiciones socioeconómicas desfavorables constituyen un elemento fundamental de riesgo en un aborto inducido

Desde el punto de vista psicológico Alva (1999), estima que el aborto es sólo el inicio de una serie de daños y trastornos. El factor psicológico conlleva la carga afectiva que es más intensa que cualquier otra pérdida. La adolescente, por la etapa en que se encuentra, muchas veces ve en la maternidad un factor de realización como mujer, al verla frustrada por las múltiples razones que ya se han expuesto, genera en ella un daño psicológico difícil de revertir por cuanto está negando con esto su maternidad que le es propia, y vive el llamado síndrome postaborto. En todas estas manifestaciones y contradicciones se evidencia que las jóvenes viven un duelo, que tiene características definitorias y que lo diferencia de otros duelos. Como parte de ese proceso de duelo aparecen las defensas maníacas de negación y renegación, que han sido consideradas como el eje central. Aray (1998), subdivide la negación en el aborto en tres momentos: antes, en el aborto en sí y después del mismo. Antes del aborto guarda relación con la génesis del aborto en esa adolescente y está referida a las relaciones triangulares en su familia de origen. Este deseo de destruir a través de un aborto a los propios hijos forma parte de un complejo significativo en la vida de niño de una persona. En cuanto a la negación del aborto en sí, refiere que



muchas de las prohibiciones sociales que se han internalizado contribuyen a favorecer esta negación. Cuando la joven recién sale de su anestesia tiene las defensas maníacas disminuidas y el componente persecutorio y depresivo aumenta. Muchas despiertan llorando y deseando saber qué pasó con su producto. Pero los sueños y pesadillas pueden permanecer durante años, como lo han referido algunas de las adolescentes de este estudio. El tercer momento lo constituye la negación de la muerte del producto que continúa viviendo en sus fantasías y lo piensa con nombre, con edad. En su experiencia Aray enfatiza que una vez superadas las defensas maníacas, surgen ansiedades intensas y la tendencia es a repetir el modelo abortivo en otras circunstancias de la vida.

La metodología que seguimos: Enmarcadas en el paradigma cualitativo aplicamos La teoría fundamentada en los datos de Glaser y Strauss (1967), para tratar de hacer surgir de esa realidad que no parecía existir en nuestras adolescentes y construir un modelo teórico. Para el desenvolvimiento del proceso de investigación esta metodología comprende una secuencia de pasos no lineales, un ir y venir constante, pues el proceso está fundamentado en el análisis comparativo. Las participantes y accesos: fueron trece adolescentes entre 16 y 19 años, que habían vivido la experiencia del aborto en la ciudad de Mérida, seleccionadas por muestreo teórico, que consiste en tener una muestra basada en los conceptos que tienen relevancia teó-

rica para la teoría que se está desarrollando, lo cual se va logrando cuando se alcanza el proceso de saturación teórica ya que no se encuentran datos nuevos relevantes; se obtuvo el consentimiento informado para ser entrevistadas a profundidad; mediante la garantía de la intimidad, anonimato y confidencialidad de la información recibida, con la utilización de códigos y claves que las identificaron a ellas y a sus aportes; la selección la hicimos mediante la técnica de bola de nieve que consiste en que cada informante va indicando la selección de otra informante. Recolección de datos: Los datos se recogieron por medio de entrevistas formales semiestructuradas (Lofland y Lofland 1984). Las mismas fueron abiertas y a profundidad en el escenario que la misma adolescente escogía: su casa, un parque, una oficina o una biblioteca cerrada. La duración fue de 30 a 60 minutos y a cada una de ellas se le hizo un mínimo de dos entrevistas y un máximo de seis; todas fueron gravadas en cintas de audio cassette, luego transcritas inmediatamente y verificadas, comparando la grabación con el texto. Llevamos los memorandos como una forma de registro y fuente de información

Análisis comparativo de los datos: Se realizó de forma concurrente con la recolección, siguiendo los procedimientos de la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss op.cit). Comparamos incidentes, categorías, patrones de comportamiento entre los grupos distinguiendo similitudes y diferencias. Al inicio los datos se codificaron de manera abierta, los datos brutos fueron separados en oraciones, examinados y comparados por similitudes y diferencias; se dio un nombre a cada incidente, formando códigos conceptuales que dieron lugar a las categorías, y se procedió a la revisión de teoría y de material de apoyo bibliográficos. Posteriormente hicimos la codificación axial en la que buscamos relación e interconexión entre las categorías y subcategorías. Esta relación compone el modelo que Strauss y Corbin (1996) denominan el modelo de paradigma, el cual se da envolviendo la relación del fenómeno con la condición causal, el contexto, las condiciones intervinientes, las estrategias de acción interacción y las consecuencias; todas relacionadas con la idea central. De las primeras entrevistas resultó una primera agrupación de 58 códigos, que luego se le fueron sumando hasta llegar a

ser 120. A medida que se codificaron más textos, las fichas codificadas se revisaban y reagrupaban. Posteriormente las categorías las relacionamos a través de la codificación axial, es decir, se le adjudicaba un código teórico de contexto, condición y estrategia (Strauss 1987), Para ordenar el proceso se reagruparon los códigos, los grupos temáticos emergentes del estudio y que abarcan las áreas temáticas. Se prepararon los guiones analíticos. La última fase consistió en la identificación de los significados que se presentan detalladamente en el siguiente apartado. De los tres temas finales: relaciones de vida familiar, condición social; y sentimientos de la situación del aborto, destacan: una forma de duelo, sensación de vacío, tantos miedos, una oportunidad, planeando el futuro. Asimismo, mediante codificación selectiva cuyo proceso de integrar y refinar las categorías dieron origen a la categoría central: viviendo el duelo de la adolescente en su experiencia del aborto.

El rigor metodológico, siguiendo a Streuber/ Carpenter (1994), estuvo dado por la confirmabilidad, expresada en la credibilidad, en la cual las adolescentes reconocieron en los resultados del estudio sus propias experiencias; la adecuabilidad dada por el significado que tienen estos resultados en contexto similares.



Lo que obtuvimos como resultados:

Categoría 1: Relaciones de vida familiar: La violencia como forma de relacionarse: “lo único que hacían era pegarme”. Sobrevivir sin el diálogo: “entre mi mamá y yo nunca ha habido una comunicación”. En búsqueda de apoyo: “mi mamá era la única ciega que no veía lo que estaba pasando...”. La expresión de afecto no sostenido y permanente: “... mi papá ... si me entendía ... me entiende mas que mi mamá...”. En búsqueda de afecto: “... mi mamá no hizo nada al respecto ... parecía como si no le importaba mucho ... y fue cuando decidí casarme porque ya que mas”. La relación con los amigos: “... es que todos no somos amigos ...” No todo se valora con tristeza: “...pero a pesar de todo los profesores me adoraban muchísimo...” “siempre la mejor vestida era yo”.

Categoría 2: Condición social: El alcohol como factor condicionador de un contexto negativo: “me emborrachaba en la casa de mi tía ... siempre los he visto tomar cerveza”. El machismo mata al nuevo ser: “como voy a tener otro ... a él no le gusta”. La infidelidad no tiene género: “él me tenía a mi primero ... después empezó a decirme que el no me quería a mi ...” “... me enteré que tenía una novia”. Creencia mágicas: “... era mi papá el que le había hecho el mal de ojo ...” Las normas señalan el camino: “... en veces que me escapaba ...” “... hay que ajustarse a las normas de él. Los planes: “yo aspiro estudiar bastante” “yo aspiro llegar a ser una profesional”. Los medios son el fin: “... voy estudiando y voy viendo novelas”. La universidad un espacio de exclusión: “... Se me ha hecho difícil entrar en la universidad, si hubiera sacado cincuenta, por lo menos hubiera tenido chance”. El espacio debe estar siempre ahí: en ese lugar: “... fue que nos mudamos de aquí” “... y nos mudamos a otra casa...” Me contratan por poco tiempo: “... empecé a trabajar en las tejas ... después en una fotocopiadora ... en una zapatería ... tuve muchos problemas”. Soy una pero me muevo en varios contextos: “... siempre hay contradicción ... mi mamá cuando veía mis cuadernos ... casi le daba un mal”

Categoría 3: Expresando sus sentimientos acerca del aborto: Culpa: “... moralmente pues me siento mal”. “... siempre me siento mal, porque yo

se que maté una vida...” “... me siento muy aturdida ... yo no merecía eso”. Una mirada femenina en torno al aborto: “... la que decidía tenerlo o no soy yo” “... porque yo soy la que voy a sufrir para parir ...”. Planeando el futuro: ¿con un embarazo?: “ Mi carrera está terminando ... salía mal en los estudios ... pensaba otra vez me iban a paralizar mis estudios... para tener otro tengo que estar mas preparada”. Una forma de duelo: “... dónde estará mi hijo ...” “... me imaginaba eso ahí como si estuviera vivo llorando ...” “siempre los recuerdo ...”. El aborto desde la presión de otros: “... pues todo el mundo opinó ... y fue cuando ocurrió ... mi tía me compró las pastillas y me las tomé ...” “... fue mi pareja el que me lo planteó” “me amenazaba que se entregaba a la recluta ..”. Sensación de vacío: “... uno queda vacío por dentro” “... me tocaba en la noche ... y no, yo ya no tengo nada decía”. Tantos miedos: “... yo siempre tuve mucho miedo, yo pensaba que todavía lo tenía adentro, yo mantengo en la mente eso, quiero hacerme un examen ...”. El aborto una oportunidad: “me siento que ... que tal vez me dieron otra oportunidad y por eso no la quiero desaprovechar”. Soledad: “es que me siento sola, me siento muy triste ...” “soy una mujer normal ... pero con el dolor de haber perdido un hijo”. En el hospital: “lo que querían era que, que sufriera” “... todo me lo hacían mal ... a los golpes ... como si fuera un animal ...” “... como decía una enfermera: primero son ellas porque el bebé está vivo ...” “... las doctoras piensan que nosotras nos lo provocamos y que las adultas no ...”

INTERCONEXIÓN DE CATEGORÍAS. FORMULACIÓN DE MODELO TEÓRICO

La elaboración de códigos, subcategorías y categorías que surgieron en el estudio, han sido sometidos a una nueva fase de interpretación con la intención de identificar la idea o categoría central del trabajo de investigación: viviendo el duelo de la adolescente en la experiencia del aborto. El procedimiento analítico y la revisión de conexiones entre las categorías, permitió la evidencia cada vez más clara del fenómeno. Descubrir condiciones causales, condiciones intervinientes, el contexto, las estrategias de acción-interacción y las consecuencias.

EL FENÓMENO: Viviendo el duelo de la adolescente en la experiencia del aborto, constituye el fenómeno identificado en el estudio. El duelo, manifiesto en sus sentimientos acerca del aborto es caracterizado por la tristeza, la culpa, la soledad, el sentirse mal, tener dolor, vacío. Estos sentimientos sobre sí misma y sobre su experiencia. Sentimientos que despiertan una necesidad de cambiar en algunos aspectos de su vida. Puesto el duelo expresado requiere de tiempo y de personas para ayudar a resolverlo, ya que su situación especial: aborto y adolescente, le dificulta el manejo de este sentimiento en el que convergen varias de sus emociones y también de sus acciones futuras. De alguna manera se han sentido estremecidas y culpables por la experiencia vivida en su aborto, esto traduce un malestar en las distintas esferas que como persona encierran, ellas son: la espiritual, la moral, la social y también la biológica.

CONDICIÓN CAUSAL: Después de identificar el fenómeno de estudio, surgen muchas interrogantes. ¿Qué lleva a las adolescentes a sentir duelo por el aborto vivido? Estas condiciones causales son incidentes o acontecimientos que llevan a la ocurrencia o al desenvolvimiento del fenómeno. En este caso del aborto se ha podido evidenciar que las causas de su duelo se desprenden del reconocer que acabó con una vida, o al menos fue permisiva para que esta vida no continuara su evolución. En la vivencia cotidiana con las adolescentes pudimos reconocer que el duelo era manifiesto por la forma en que el bebé o el ser en el útero había perdido la vida y que el destino de éste era similar al de un excremento o desecho, pero que además ella en cuanto mujer no merecía haber vivido esa experiencia, de modo que el duelo también era de ella misma como persona, que no tuvo el privilegio de vivir la experiencia de la maternidad en todo su esplendor.

CONTEXTO: Luego de identificar la condición causal nos surge una nueva interrogante ¿Dónde acontece ese duelo vivido por la adolescente? ¿En qué contexto se mueve esa adolescente para generarse esa forma de duelo? Tenemos que el contexto es uno de los elementos del modelo que representa el conjunto específico de condiciones

en el que las estrategias de acción-interacción son tomadas. Las respuestas son inducidas por el ambiente donde la adolescente vive la experiencia del duelo por aborto. En la categoría relaciones de vida familiar, amigos y pareja de la adolescente se representa un conjunto específico de condiciones en el que se depara lo peculiar para la expresión de ese duelo. En la familia la violencia intrafamiliar era predominante como forma de comunicarse. El aborto en sí es una forma de violencia, entonces se encadenan duelos familiares no resueltos con este nuevo duelo también producto de la violencia, el cual se agrava en casos en que el aborto era producto de presiones familiares o de pareja. Es también muy frecuente y preocupante la búsqueda permanente de afecto. En esa búsqueda la adolescente se embarazó, pero luego sufrió la carencia afectiva de la pareja, el machismo ejercido por él y la amenaza de abandono. La falta de apoyo la conduce a crear un círculo de carencia afectiva sacrificando el afecto a un nuevo ser; sintiendo que con ello se podría sostener el afecto de la pareja. En muchas de ellas esta estrategia falló. Luego la superposición de duelos se evidenciaba porque ahora no contaban ni con su pareja ni con su hijo.

La expresión de influencia ejercida por grupos de amigos o compañeros para resolver su situación de embarazo, influyeron en el duelo, pues más bien deseaban un apoyo para sostener el embarazo y por el contrario sus pocas amigas se interesaban más en conocer qué le habían efectuado, cómo había sido el proceso, pero no cómo se sentía ella. Todo lo cual hacía más difícil su situación. En el contexto escolar, por su parte poco les orientan acerca de las medidas preventivas en salud sexual y reproductiva, por lo cual estos embarazos y abortos lo ven con lamento o duelo hacia lo que pudieron haberse evitado con una buena educación institucional.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN-INTERACCIÓN: Las acciones o interacciones planeadas para conducir el tema central requiere de algunas preguntas: ¿Cuáles son las tácticas utilizadas por la adolescente para mostrar su vivencia de duelo en la experiencia del aborto? ¿De qué modo muestran las adolescentes su duelo en el diálogo? El duelo es mostrado a través del llanto, no solo en

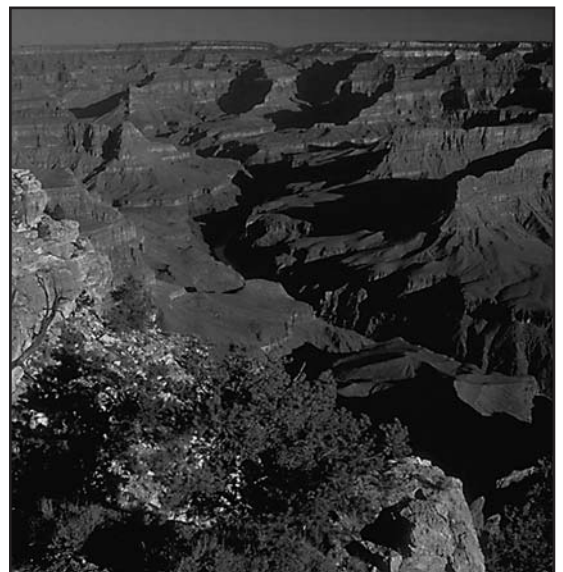
los momentos de la entrevista a profundidad, sino cuando la adolescente expresa todas las oportunidades del día en que se encuentra llorando. Esta forma es muy frecuente en cualquier duelo, solo que en estos casos de aborto tiene una condición especial: muchas veces el llanto es a solas porque no cuentan con muchas personas para compartir su pena. Además el pensamiento persistente en el hecho vivido, tratando de proyectar su culpa como parte del duelo en otro u otros, como lo son los instrumentos, las píldoras abortivas, la clínica, el hospital, los médicos, las enfermeras, las personas que le consiguieron el abortivo. Con todo ello proyectar su culpa como una forma de negación en la elaboración del duelo. El énfasis efectuado por el trato recibido en la institución hospitalaria fue percibido en todas las adolescentes, pues expresaron maltrato en una gran escala por cuanto su producto estaba muerto. Otras en cambio efectuaban su proyección en la no satisfacción de un antojo, que estuvo en manos de otro adulto.

La deuda y el miedo fueron subcategorías muy frecuentes. La deuda con Dios reflejada en el manejo de la culpa, como parte del duelo y expresada en la creencia de un Dios castigador, ya que la falta cometida perjudicó la vida de alguien y merecía una pena. Pero también la deuda es con un familiar adulto o niño significativo, quien no merecía vivir a través de ella esa experiencia. En virtud de ello se propone cambios de vida y así reparar o al menos enmendar el daño. El vacío es una subcategoría manifiesta cuando al tocar su abdomen no encuentra a su bebé; cuando desaparecen los síntomas del embarazo, entonces sobreviene la expresión del duelo por el que ya no está. Asimismo, las pesadillas y los sueños con los hijos perdidos que les llaman, expresan la angustia vivida por el hijo que no nació, y que posiblemente pudo haber vivido. En las adolescentes que ya eran madres, predominó su pensamiento persistente en el hijo vivo, pues la culpa en el duelo estaba dada por la posibilidad de que hubiese sido ese, el que hoy estuviera abortado y que ella no estuviese disfrutando ni él de su propia vida.

Los factores sociales y estructurales del ambiente, generan también estrategias que permiten manifestar el duelo. Evidenciamos como algunas adolescentes se amparan en el feminismo, y

manejan la tesis de que el cuerpo es propiedad de la mujer y con ello todo lo que está dentro de sí. Esta postura constituye una forma de manejar el duelo. Por otra parte, se nos mostró con énfasis el machismo familiar y de la pareja. Este último presionó con distintos mecanismos para que la adolescente vivenciara el aborto, y ella por temor a él y por temor a perderlo a él complace su deseo o voluntad. Luego proyecta su duelo en la pareja o en el hecho de sentirse sola: sin el bebé y sin su pareja.

CONDICIONES INTERVINIENTES: De acuerdo con Strauss y Corbin (1996), las condiciones intervinientes puede facilitar o restringir las estrategias de acción-interacción en un contexto específico. Puede concebirse como primera condición interviniente el valor que la adolescente le otorga a la vida. Ellas consideran que la vida está por encima de todo, solo que al verse amenazada su integridad física, emocional y social expresa una incongruencia entre el valor evocado en palabras y la permisividad de la pérdida del embarazo o al menos no cuidar de él; lo cual genera en ella el duelo por la incoherencia entre un valor y la puesta en acción de lo contrario. La adolescente que se encuentra desarrollando como tarea la identidad, busca un espacio, se mueve en varios contextos y busca una valorización, que se ve afectada por una experiencia de aborto. Entonces su auto imagen se ve amenazada, pero también su imagen social: vive



un duelo por ella misma y por lo vivido como experiencia abortiva.

Muchas de ellas provienen de familias en las cuales la práctica abortiva es frecuente. En este sentido, la joven ve en su familia el fenómeno como algo con características que parecieran normales; pero que en ella así no lo es. Entonces no cuenta con la familia para la elaboración de ese duelo, sino que por el contrario, más bien sintió la presión de que evitara continuar el embarazo. Luego se cuestiona el por qué permitió que otros opinaran e intervinieran en su situación, y ahora lo que siente es que está frente a un hecho irreparable, en el entendido de que no le puede devolver la vida al ser abortado. Esta expresión de duelo no la puede interactuar con su familia, porque se siente incomprendida y lo que anhela es que el tiempo pase y la ayude, además de encontrar un terapeuta, que puede ser una enfermera, capaz de asumir una actitud comprensiva, en la que no se acuse ni se excuse, sino que se comprenda a través de la empatía, la simpatía y le ayude a crecer y desarrollarse, así como a superar las pérdidas.

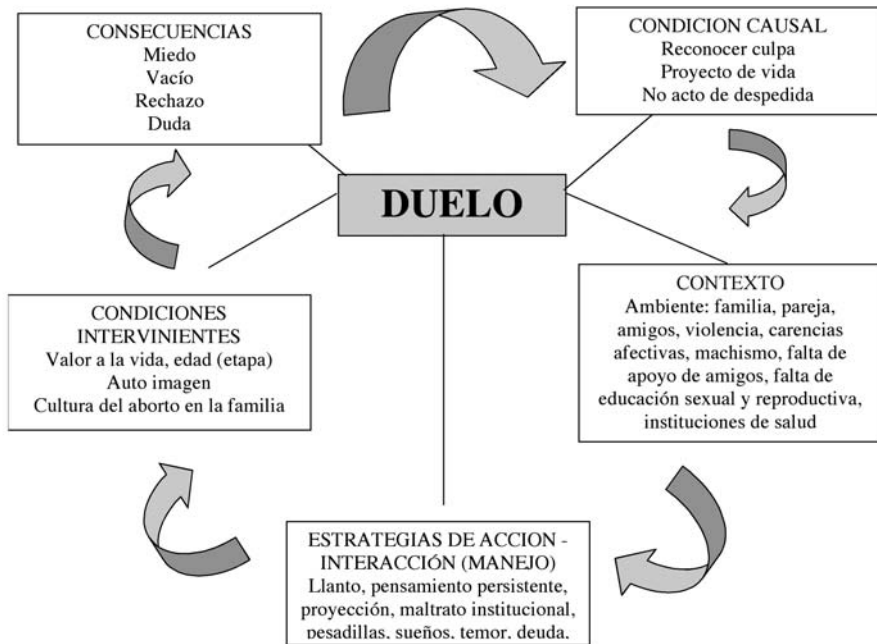
CONSECUENCIA: Cuando pensamos en las consecuencias de las estrategias utilizadas, visualizamos la categoría: viviendo el duelo de la adolescente en la experiencia del aborto, nos preguntamos ¿Cuál es el resultado de ese proceso? ¿Qué consecuencia tiene demostrar ese duelo de la adolescente en la experiencia del aborto? Las consecuencias son el resultado de las acciones y de las interacciones que ha tenido la adolescente con situación de aborto en su contexto. Considerando los elementos del modelo descubierto, la categoría duelo, en la expresión de sentimientos por la adolescente en su experiencia del aborto, el sentido indicado en esta categoría no tiene una orientación única, ya que no existe una sola forma de expresarlo, tal como lo hemos venido exponiendo: los miedos, el vacío, los sueños, las pesadillas, el rechazo a la institución hospitalaria, y muy importante la deuda para con Dios, para con el producto y para con algún familiar. Entonces, no podemos adoptar una postura indiferente cuando del cuidado de la vida se trata, cuando es el significado de una vivencia de una persona, de un acto de vida. Por ello lo que aquí se ha evidenciado requiere del cuidado humano en todas sus dimensiones.



LA TEORÍA SUSTANTIVA: Demostrando el duelo de la adolescente en la experiencia del aborto está basada en las interrelaciones de los elementos del modelo que presentamos a continuación:

1. La demostración del duelo a través de la expresión de símbolos, como el llanto frecuente, el pensamiento persistente en la vivencia del momento del aborto, los sueños, las pesadillas, la imaginación del bebé no nacido, la fijación de la mirada en el hijo vivo (cuando lo tienen), el vacío físico y espiritual, la proyección en el rechazo a la institución hospitalaria y en quien ejerció presión para la interrupción del embarazo o el hecho de no complacerse en un antojo.
2. La construcción de una red de vínculos a través de las conexiones establecidas en el contexto en las relaciones de la adolescente con otras personas, como es su familia, su pareja y muy importante el contexto general actual con la visión feminista y machista de la sociedad.
3. La condición futura vista desde antes de la situación del aborto en sí y después de él, con el sostenimiento de proyectos de vida y el cambio en los planes y proyectos propuestos a partir de la situación vivida, como parte del manejo del duelo.
4. La adolescente en su condición particular del duelo en el sentimiento del aborto como experiencia, es una persona, un ser humano, que permite emerger un sentimiento concreto signado por ese duelo, del cual surge en ella misma acciones de cuidado que se tornan como motivaciones en su vida futura.

VIVIENDO EL DUELO DE LA ADOLESCENTE EN SU EXPERIENCIA DEL ABORTO



CONCLUSIÓN:

Las adolescentes que han vivido la experiencia de un aborto necesitan del cuidado humano en todo su significado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRISQUETA, J. (1996), Aspectos Biológicos del Desarrollo Embrionario Humano. Madrid. En red: (file://valor-vida-humana.htm).
- ALVA, M. (1999), Y después del aborto ¿qué? México: Editorial Trillas.
- ARAY, J. (1998), Aborto - estudio psicoanalítico. Caracas, Venezuela. Monte Ávila Editores
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), Gaceta Oficial N° 36.860. Caracas. Ediciones Dabosan, CA.
- CURTOISIE, A (1996), Una propuesta sobre el Aborto. (Mediadores en Salud Reproductiva). En red: (file://A:5aborto.htm).
- FARIAS, E. (1998), El Aborto Séptico. (A finales del Siglo XX, Aspectos Clínicos, Sociales y Legales). Caracas: Ediciones de la Biblioteca EBUC.
- GLASER, B. y A. STRAUSS (1967), The Discovery of Grounded Theory en: LOFLAND, J. y LOFLAND, H. (1984). Analyzing Social Settings. Belmont, California: Wadsworth.
- HURTADO, S. (1999). La sociedad tomada por la familia. Venezuela : Ediciones de la Biblioteca UCV :

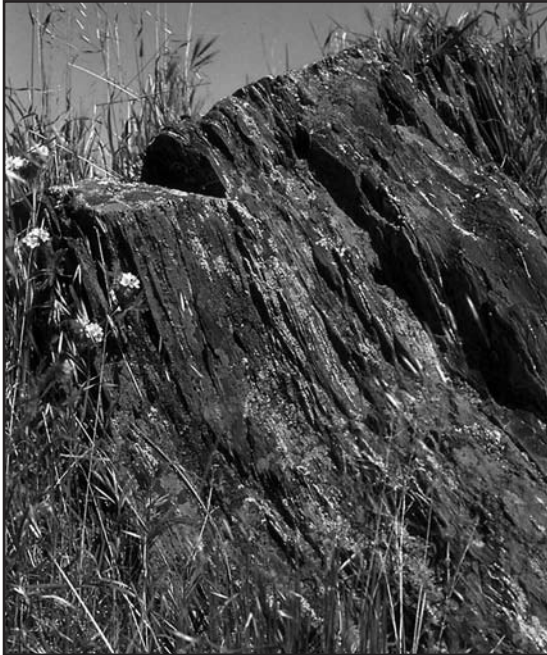
- LOFLAND, J. y LOFLAND, H. (1984). Analyzing Social Settings. Belmont, California: Wadsworth.
- LONDOÑO, M. (1991). Prácticas de Libertad en Sexualidad y Derechos Reproductivos. Cali, Colombia: Ferive Ltda.
- MORIN, E. (2000), Los Siete Saberes necesarios a la educación del futuro. Caracas: Cipost-UNESCO-FACES-UCV. Tr. Mercedes Vallejo.
- OFICINA CENTRAL DE ESTADÍSTICA INFORMÁTICA (2005), Estimaciones y proyecciones de población. Mérida.
- PICÓN, M. (1957), "Memoria de Antonio Spinetti Dini", en: Antonio Spinetti Dini Antología Poética. Caracas. Ediciones del Ministerio de Educación. pp 7-14.
- SILBER, T. (2000), "Aborto" en Dulanto: El Adolescente. México: McGraw-Hill Interamericana.
- STRAUSS, A. (1987), Les structures elementaires de la parenté. Paría : Mouton. Tr. Perla Salinas.
- SGAMBATTI, S. (1999), El Aborto Aspectos Historiográficos, Legales, Éticos y Científicos. 3ª ed. Caracas: Ediciones de la Biblioteca EBUC.
- STRAUSS, A. Y J. CORBIN (1996), Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory . London New Delhi. Sage Publications. Tr. Perla Salinas.
- STREUBER/ CARPENTER, D (1994), Qualitative research in nursing . Advancing the humanistic imperative. Philadelphia. Laippincott Company. Tr. Perla Salinas.

HISTORIA

LA CONSTRUCCIÓN MODERNA DE LA ENFERMERÍA

Domingo Palacios Ceña

Diplomado en Enfermería. Licenciado en Humanidades.



THE MODERN CONSTRUCTION OF NURSING

SUMMARY

Modern times together with positivism marked and determined the way to build and understand the world between XVII and XIX century, being the main instruments technology, reason and science, turning efficiency, aim and pragmatism into essential and necessary elements within our way of living to perceive our environment and relationships.

Nursing as a discipline and health care as object of study were not considered far from this influence, in fact many nursing elements and health care elements are saturated with part of that modern positivism thought.

The present study describes modern and positivism characteristics as well as how there exist elements within nursing built from a modern perspective. Among others, the way of planning nursing activities in hospitals, lost of the individual's complexity, modern ethics, paradigms and research in nursing, health care as a study object and the meaning of technology in nursing.

Keywords: Modern, modernity, positivism, technology, health care, nursing.

RESUMEN

La modernidad junto al pensamiento positivista marcaron y determinaron la manera de construir y entender el mundo entre el siglo XVII y principios del XIX. Siendo sus principales instrumentos la tecnología, la razón y la ciencia, convirtieron la eficacia, lo objetivo, lo pragmático y lo tangible en elementos imprescindibles y necesarios en nuestra forma de vivir y percibir nuestro entorno y nuestras relaciones. La enfermería como disciplina y los cuidados como objeto de estudio no estuvieron fuera de esta influencia, de hecho muchos elementos de la enfermería y del cuidado están impregnados de parte de este pensamiento moderno y positivista. Este trabajo describe las características de la modernidad y del positivismo y como existen elementos dentro de la enfermería contruidos desde una perspectiva moderna, entre otros: La organización de la actividad de enfermería en los hospitales, la pérdida de la complejidad de la persona, la ética moderna, la investigación y paradigmas en enfermería, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería y el significado de la tecnología en la enfermería.

Palabras clave: Modernidad, positivismo, tecnología, cuidados y enfermería.

I.- INTRODUCCIÓN

Una de las épocas que más ha impactado en la cultura, en la sociedad, en la ciencia y en la forma de abordar y estudiar al mundo y a los fenómenos naturales y sociales ha sido la modernidad. Etapa histórica comprendida entre los siglos XVII y principios del siglo XX se ha caracterizado por un predominio de la razón sobre todas las cosas García Paredes, (2004), el distanciamiento de todo aquello que se relacionase con la creencia, la subjetividad y la emoción. El papel de la razón en el mundo como eje emancipador del hombre sobre todas las cosas e imposición y dominio de la naturaleza a través de ésta. Asociado a la modernidad, surgió la corriente de pensamiento positivista que influyó y sigue influyendo la manera de percibir y acercarse a su entorno.

La enfermería al igual que otras disciplinas ha sido influida por esta corriente y etapa histórica en mayor o menor medida y como muchas otras disciplinas es depositaria de la tradición, la cultura, la construcción social y del momento histórico en el que se encuentra. Con este trabajo se pretende mostrar:

- Las características de la modernidad y del positivismo.
- Describir aquellos elementos de la enfermería en los que existen rasgos de modernidad y del pensamiento positivista. Como la organización de la actividad enfermera en los hospitales, la pérdida de la complejidad de la persona, la ética moderna, la investigación y paradigmas en enfermería, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería y el significado de la tecnología en la enfermería.

DESARROLLO

Antecedentes históricos.

Podemos afirmar que la razón y la comprensión del hombre como ser racional capaz de adaptarse y utilizar los medios de su ingenio e inteligencia para modificar la naturaleza en su provecho es una de las principales características de la etapa moderna. El empleo de la técnica como instrumento para cubrir las necesidades inherentes al ser humano y aquellas que el mismo se crea Ortega y Gasset, (2004) le obliga a utilizar la técnica como medio de imposición, y no de colaboración, frente a la natu-

raleza. El hombre moderno no se adapta a la naturaleza y a su entorno, la conquista, la modifica y le saca todo el rendimiento posible. Esta capacidad del hombre para auto explicarse y buscar su significado en el mundo le permite eliminar toda creencia en algo divino ajeno a él, sólo es digno de mención lo tangible, lo creado y explicado por la razón Comellas, (2004) y por un método muy específico que delimita que es conocimiento, el criterio principal es su utilidad y su aplicabilidad en la sociedad Montero, (2004). Debe existir un beneficio de la aplicación de ese conocimiento en las personas, sino no es considerado válido. En este entorno surge el pensamiento positivista caracterizado por la necesidad de probar todo científicamente, a través del método científico Montero Díaz, (2004). Resultado de todo lo anterior es el crecimiento del prestigio de la ciencia y del método cognoscitivo y con él un utilitarismo y búsqueda de resultados y eficacia de los métodos y reconocimiento de lo pragmático como elemento indiscutible en las relaciones.

Respecto a la dimensión técnica de la ciencia, existen autores que afirman que la tecnología es una derivación de la ciencia y otros como Moya Cantero, (1997) que: "...la tecnología no puede entenderse como una simple deriva práctica de la ciencia". Este último autor considera a la tecnología, como ciencia aplicada, como una disciplina más dentro de la ciencia: "La ciencia básica, de acuerdo con el patrón positivista, estudiaría las leyes de la naturaleza y tendería, por medio de sus teorías, a una representación del mundo que tendría en una segunda fase, la ingenieril, su traducción práctica."

Características de la modernidad y del pensamiento positivista: Existe una confianza en la ciencia y en el progreso obtenido con ella, gracias a la aplicación de la técnica, se espera que de la ciencia se obtengan las certezas de verdades absolutas y que ese conocimiento sirva para facilitar el progreso mediante aplicaciones en beneficio de la sociedad, el optimismo racionalista esta basado en la creencia de que los problemas se resolverán gracias al conocimiento, los aspectos emocionales, la intuición, va siendo sustituido por lo racional, lo objetivo y lo tangible, se rechazan todas las legitimaciones de cualquier tipo basadas en Dios. La

divinidad y la creencia religiosa o espiritual adquieren un papel secundario en la ética moderna y se sustituye la confianza divina por la confianza en la “razón humana” para resolver los problemas éticos, políticos y epistémicos.

La enfermería influida por el momento histórico y por la racionalidad que imperaba en ese momento en la cultura y en la sociedad fue construida y moldeada por esos mismos patrones y tendencias socioculturales. De hecho, en la actualidad, existen ciertos elementos en la enfermería en los que se pueden observar esos mismos patrones y características del positivismo y de la modernidad.

Organización de la actividad enfermera en los hospitales.

Uno de los elementos en los que ha influido la modernidad es en el funcionamiento de los hospitales a lo largo de estas últimas décadas. En estos centros se mezclan muchos intereses, los dos principales son; la asistencia al enfermo de manera eficiente y la distribución eficaz y efectiva de los recursos. La organización interna de estos hospitales se realiza en base a unidades médicas orientadas a la patología o a la realización de técnicas diagnósticas y terapéuticas específicas. El objeto de estudio es la enfermedad y el enfermo pasa de ser el sujeto a cuidar a objeto de investigación por ser el portador de la patología. Autores como Foucault (1996) concibe el hospital como el medio de control y vigilancia de los pacientes enfermos, como lugar donde se estudia a la enfermedad y donde por medio de la disciplina y sus herramientas (la vigilancia, el control y el examen) se da orden al caos que es la enfermedad. La disciplina surge como método para obtener mayor eficacia y productividad en los hospitales Foucault, (2001).

La implantación de medidas de control de gasto y productividad favorece la aparición de la gestión clínica y de las medidas actividad y de producto sanitario como Diagnosis Related Groups (GDR), Resource Utilization Groups (RUG T 18) Disease Staging (DS clínica) entre otros Peiró Moreno, (1999). Este tipo de gestión ha servido para cuantificar y definir más detalladamente el producto enfermero, como describe el proyecto SIGNO II Subirana Casacuberta y Solà Arnau, (2006), pero siempre desde una perspectiva positivista, lo que

no se puede registrar o cuantificar no existe. Se siguen imponiendo los criterios de optimización de recursos.

La orientación de los cuidados en los hospitales se ha orientado a la creación de planes de cuidados estandarizados por GRD o protocolización de técnicas y manejo de tecnología como instrumento básico de funcionamiento. Entre otros objetivos se encuentran normalizar los cuidados, disminuir la variabilidad, constituir una fuente de información, facilitar la adaptación del personal de nueva incorporación y determinar el coste del producto enfermero Sánchez Linares y Sanz Penon, (2001). Pero el uso de protocolos no asegura una correcta asistencia como indica Saura, (2000):”...los protocolos clínicos están diseñados para aplicarlos a nuestros pacientes...si bien una correcta estructura no garantiza completamente la calidad del protocolo, una estructura incorrecta se va asociar siempre a un protocolo deficiente.” Algunos autores como M^a Luz Hospital y Reyes Guallart, (2004) argumentan que la estructura sanitaria actual de nuestros hospitales puede favorecer la deshumanización de la atención debido a aspectos como la organización interna, el mecanismo de ingreso en el hospital, la cultura del trabajo, el predominio de valores técnico-científicos, los escasos recursos y la actitud y conducta de los propios profesionales.

Pérdida de la complejidad de la persona.

Lavado Núñez et al,(2004), Llor Esteban et al,(2002) indican que el uso de registros y protocolos sirven para homogeneizar los cuidados y unificar actuaciones, pero su utilización de manera rei-



terada conlleva un riesgo y es la pérdida de complejidad de la persona Peña y Rodríguez, (2003), de su proceso y de todos aquellos aspectos vitales para el bien cuidar como describen Solano y Siles (2003) "...La visión actual del sujeto por parte de los profesionales sanitarios...favorece la pérdida de las experiencias vividas...El conocimiento de sus vivencias, memorias y opiniones se convierte en algo esencial...". Es preciso señalar la desvinculación de las dimensiones sociales y culturales de la atención en los hospitales, centrándose en el componente biomédico de la asistencia (Amezcu Martínez, 2004) a pesar de que existen variables sociales con un gran peso en los problemas de salud (drogadicción, salud mental, embarazos en menores, etc.). De ahí la necesidad de potenciar la competencia cultural de la enfermera y evitar la universalización de cuidados:"...la flexibilidad transcultural...representa no sólo cambiar la seguridad y comodidad de las recetas listas para todas las situaciones de cuidado; sino también tener una relación empática con los individuos/familias/comunidades" (Ibarra y Siles 2006).

Ética moderna.

Para Zygmunt Barman, (2004) tres son los elementos principales de la ética moderna; la universalización, su dualidad respecto a la autonomía del individuo y la legitimación de los códigos morales y éticos.

Existe un intento de universalizar una perspectiva ética característica de la cultura Europea y Occidental. Se intenta generalizar soluciones comunes a problemas morales que son únicos e irrepetibles y específicos de la cultura Occidental. Es típico moderno el intento de solución de problemas morales a través de códigos y protocolos y el auge de los códigos de conducta morales profesionales; los códigos deontológicos. Al mismo tiempo la ética moderna presenta una gran contradicción respecto al sujeto persona. Ya que por un lado potencia la autonomía del individuo, al darle más herramientas y conocimientos para poder decidir y actuar, pero por otro lado desconfía de las decisiones individuales de la persona como sujeto y la encorseta en una multitud de códigos y normas institucionales en todos los aspectos de su vida; educación, trabajo, social, económico...

Existe un intento de legitimación de los códigos morales y éticos en dos aspectos; a) Asociando directamente el progreso obtenido a través de la ciencia con la moralidad, por lo que a mayor progreso y mayor ciencia, mayor moralidad y b) cuantificando la moralidad en términos de racionalidad instrumental. Según esto es más racional el que encuentra más medios para llegar a su fin. No se plantea el fin en sí mismo, sino los medios que se usa para conseguirlo.

Investigación y paradigmas en enfermería.

Fue en la investigación y en el método donde el positivismo hecho raíces. Como resalta Polit y Hungler, (2000):"El enfoque científico tradicional de la investigación tiene sus fundamentos, en el paradigma filosófico conocido como positivismo...Es reflejo de un fenómeno cultural... que se conoce como modernismo y que pone en relieve lo racional y lo científico...una posición positivista modificada sigue dominando en la investigación científica." Sería el positivismo dentro de la modernidad, y no el método científico en sí, el que determinaría la visión mecanicista del mundo. Derivada de esta visión el paradigma positivista, caracterizado por el empleo del método cuantitativo establece:"...una concepción global asentada en el positivismo lógico, el uso del método hipotético deductivo, su carácter particularista, orientado a los resultados, y el supuesto de la objetividad..." Cabrero García y Richard Martínez, (2000). De nuevo estos autores lo señalan al afirmar que:"... La investigación cuantitativa es sinónimo de rigor y de procedimientos fiables que definen el método científico." o como señala Guba y Lincoln, (2000) la creencia de que "...sólo los datos cuantitativos son válidos en última instancia." Este método científico se caracteriza porque el investigador parte ordenadamente de la definición de un problema, sigue una serie de pasos en base a un plan de acción preestablecido, usa mecanismos para controlar el estudio y minimizar posibles elementos que pudieran influir y que no se están estudiando, se reúnen pruebas empíricas basadas en la realidad objetiva, se utilizan instrumentos para recoger la información, se pretende huir de las particularidades y universalizar los resultados, todo destinado a evitar que creencias, sentimientos o intuiciones, en

suma, elementos subjetivos, que nos desorienten de lo que es la realidad y las certezas obtenidas mediante este método. Conviene recordar que el paradigma positivista no es único, existen otros que proponen otras formas de estudiar la realidad, entre otras están la teoría crítica y el constructivismo, los cuales emplean metodología cualitativa. El significado que den cada uno de estos paradigmas a las preguntas claves a nivel ontológico ¿cuál es la naturaleza de la realidad?, epistemológico ¿cuál es la relación entre el investigador y lo estudiado? y metodológicas ¿cómo debe obtener el conocimiento el investigador? es lo que dirigirá los métodos empleados para estudiar los problemas.

Respecto a la investigación en enfermería el paradigma positivista ha tenido gran influencia sobre todo a nivel hospitalario. Sus aportaciones en la enfermería española han sido de gran ayuda; la determinación del producto enfermero, la planificación de planes estandarizados, la gestión propia de servicios de enfermería, etc. Pero a lo largo de la última década ha surgido una necesidad desde la propia enfermería en estudiar aquellos problemas y fenómenos que con la investigación cuantitativa no era posible abordar. A pesar de esta tendencia en aumentar los trabajos dedicados a metodología cualitativa los estudios publicados siguen siendo mayoritariamente cuantitativos (Cabrero y Richard, 2000) y (Amezcu y Carricondo, 2001). Existiendo un aumento paulatino en España, pero aún con escasa producción en la actualidad Amezcu M y Carricondo Guirao A, (2000).

Es preciso señalar aquellos estudios destinados a determinar que factores influyen en la enfermería a la hora de investigar, autores como Oltra-Rodríguez et al, (2007), Jones Mallada et al, (2004) y Díaz Benavente et al, (2004) reflejan entre otros; idiosincrasia y sociología profesional, falta de recursos y de acceso a bases de datos, desconocimiento de la metodología y falta de tiempo. Otros autores como Amezcu, (2003) opinan que es importante desmitificar las dificultades con las que se encuentran las enfermeras y potenciar la investigación como una estrategia para construir una ciencia enfermera autónoma, basada en el conocimiento generado por las propias enfermeras en su trabajo diario.

El cuidado como objeto de estudio de la enfermería.

Partiendo de su carácter innato o adquirido por aprendizaje Salas Iglesias, (2004), hasta su naturaleza misma Daza de Caballero, (2005), el cuidado aparece como un termino poco menos que escurridizo. Si a esto le añadimos que la enfermería ha estado centrándose en desarrollar métodos de trabajo para justificar que es lo que hacía siguiendo criterios más de gestión que de una matriz disciplinaria propia que guiase sus acciones, ha llevado en ocasiones a confundir una herramienta de gestión de cuidados y de normalización y sistematización de intervenciones como un método científico para obtener conocimiento Salas Iglesias, (2003). Todo lo anterior se traduce en una desviación del estudio del cuidado y de la persona enferma hacia la enfermedad, la técnica y la tecnología, acentuando su orientación positivista. Citando a Salas Iglesias: "...la enfermería manifiesta una considerable falta de acuerdo en lo fundamental, consecuencia...del reduccionismo desde el que se ha contestado a sus preguntas elementales. La falta de correspondencia entre su área epistemológica y las evidencias...de la complejidad de su objeto de estudio constituyen un signo...de la inadecuación de la perspectiva ideológica desde la que se ha abordado su naturaleza."

El significado de la tecnología en la enfermería.

Es necesario aclarar varios términos que pueden llegar a confusión; por un lado esta la tecnología entendida como recursos, equipamiento de última generación, máquinas, monitores... una herramienta que ayuda a un determinado fin, es un medio y por otro la técnica; que es la aplicación de esa tecnología, la acción.

La tecnología es considerada como un elemento negativo y factor de deshumanización de la asistencia de las personas. Existe la creencia de que los entornos tecnificados y con equipamiento tecnológico tienden a alejar a los profesionales de las personas, disminuye la empatía y dificulta el contacto. Pero existen trabajos como los de Barnard y Sandelowski, (2001), Bastos, (2002), Mahon, (2006), Del Llano Señaris, (2003), Dragon, (2006) y Escudero Rodríguez, (2003) en los que se afirman que la tecnología por si misma es un elemen-

to neutro y en función del uso y del significado que se le dé ésta tendrá efectos positivos y negativos en el cuidado y en las personas. Entonces ¿cuál es el significado de la tecnología para la enfermería?, ¿existe una relación entre el significado que se le dé y su posterior utilización de una u otra manera? Barnard y Sandelowski, (2001) muestran que la tecnología es un concepto que junto al de cuidados humano está construido socialmente, por lo tanto en función de su construcción y de la visión que tenga la enfermera de él actuará en consecuencia. Pero ¿dónde se encuentra la relación entre la construcción del significado de la tecnología y la acción de su uso? Citando a Ortega y Gasset, (2004) sobre la técnica: "...estos actos modifican o reforman circunstancias o naturaleza, logrando que en ella haya lo que no hay...estos son los actos técnicos, específicos del hombre. El conjunto de ellos es la técnica, que podemos...definir como la reforma que el hombre impone a la naturaleza en vista de la satisfacción de sus necesidades." La técnica y la tecnología tienen el fin de cubrir las necesidades de las personas. Es en este momento donde la tecnología adquiere un significado para la enfermera, ya que es ella la que maneja tecnología y aplica la técnica, no para satisfacer sus necesidades sino para cubrir las de la persona enferma. La tecnología en la enfermería encuentra su significado en la experiencia de enfermar de la persona a la que ayuda y cuida. El uso de la tecnología por la enfermera implica una "cesión", la utiliza para cubrir unas necesidades que no son las suyas, existe una solidaridad de medios y de acción. La deshumanización surge cuando la enfermera usa la tecnología y la técnica para otras necesidades que no son las de la persona enferma. ¿Cuáles? Investigaciones, control de recursos, etc. De ahí la importancia del significado que se le dé a la tecnología. La utilización como un medio la convierte en una herramienta destinada a cubrir las necesidades de la persona enferma y está destinada hacia él como individuo-sujeto y no como objeto, ni como una entidad que porta una enfermedad susceptible de investigaciones y aplicaciones tecnológicas.

La tecnología presenta dos elementos clave para la enfermería, el contenido teórico de construcción de su significado, que orienta sobre su uso y el contenido del acto, la acción. Es el modo de su

ejecución la que determina si se convierte en un medio de ayuda o en un fin en si misma que genere distanciamiento y una deshumanización del cuidado de enfermería.

CONCLUSIONES.

La presencia de influencias de la modernidad y del positivismo en ciertos aspectos de la enfermería ha condicionado que la enfermería adopte visiones de la realidad y creencias respecto a su manera de trabajar que le han distanciado de su verdadero cometido, que es cuidar. La progresiva pérdida de integralidad del cuidado de la persona y la familia, la tecnificación de su atención, la excesiva burocratización de ciertos elementos de su trabajo, la falta de contacto con la persona enferma, la incertidumbre del significado que tiene la relación de la enfermera con las tecnologías y su papel, el recelo que existen en algunos ámbitos institucionales respecto a la investigación cualitativa, a sus resultados y el tipo de conocimiento que puede aportar, etcétera son muestras de la influencia de la modernidad y del positivismo en ella y la adopción de una visión biologicista el resultado.

El intento de universalizar la cultura, la ética y la sociedad, gracias a la ciencia y a la tecnología, para unificar comportamientos y actuaciones de las personas es un riesgo que se agudiza cada vez más con el fenómeno de la inmigración. Intentar evitar la perspectiva cultural de los cuidados es una prioridad que no debería olvidarse por parte de las enfermeras como bien indica Ibarra Mendoza y Siles González (2006).

La enfermera es responsable de cómo utilizar la tecnología. Así mismo la técnica y la tecnología también cobran un nuevo significado dependiendo de como se utilicen, porque la acción y el acto de las personas también ayudan a construir el significado social de la tecnología. Si hacen un uso indebido considerando a la persona como un objeto potenciarán la deshumanización, mientras que si la utilizan como un medio facilitarán el trato humano. Cuantas más enfermeras utilicen la tecnología como un medio, no como un fin, dirigido a cubrir las necesidades de otros, más ayudarán a construir el significado de la tecnología en dos perspectiva; primero eliminando las consideraciones negativas del uso de esta y segundo construyendo y vincu-

lando a la enfermera como un elemento “humanizador” de la asistencia en medios tecnificados y con equipamiento tecnológico.

BIBLIOGRAFÍA

- AMEZCUA M. (2003) Mitos, retos y falacias de la investigación en enfermería. *Rev Rol Enf* 26(9), 36-44.
- AMEZCUA M. (2004) Cambio, poder y conocimiento, los aliños de la enfermería en la posmodernidad. *Cultura de cuidados* 15, 5-8.
- AMEZCUA M, CARRICONDO GUIRAO A. (2000) Investigación Cualitativa en España. Análisis de la producción bibliográfica en salud. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital), 28-29. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_26-34.php> Consultado el 5 Octubre de 2007.
- BARNARD A, SANDELOWSKI M. (2001) Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing* 34(3), 367-375.
- BASTOS MAR. (2002) O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. *Rev Latino-am Enfermagem* 10(2), 131-136.
- BAUMAN Z. (2004) Ética posmoderna. Siglo Veintiuno editores, Buenos Aires.
- CABRERO GARCÍA J, RICHARD MARTÍNEZ M. (2000) Investigar en enfermería. Universidad de Alicante, Alicante.
- COMELLAS JL. (2004) Historia breve del mundo Contemporáneo. 4ª ed. Rialp, Madrid.
- DAZA DE CABALLERO R. (2005) Cuidado y práctica de enfermería. *Index Enferm* 14(50), 57-60.
- DEL LLANO SEÑARIS J. (2003) Innovación tecnológica y bienestar social. *Humanitas* 1(3), 215-220.
- DÍAZ BENAVENTE M, MARTÍN LEAL C, JIMÉNEZ AGUADO JM, MAYA RINCÓN B. (2004) Producción científica de los profesionales de enfermería en un hospital de tercer nivel. *Enferm Clin* 14(5), 263-8.
- DRAGON N.(2006) Patient care in a technological age. *Australian Nursing Journal* 14(1), 16-19.
- ESCUDERO RODRÍGUEZ B. (2003) Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enferm Clin* 13(3), 164-170.
- FOUCAULT M. (2001) Estética, ética y hermenéutica (vol.3): Obras esenciales. Paidós Ibérica, Madrid.
- FOUCAULT M. (1996) Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión. Siglo XXI de España Editores, Madrid.
- GARCÍA PAREDES J (COORD). (2004) Historia Universal Contemporánea I. 4ª ed. Ariel, Barcelona.
- GUBA EG Y LINCOLN YS. (2000) Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En *Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (Denman C y Haro JA. ed), Colegio de Sonora, México pp.113-145.
- HOSPITAL IBÁÑEZ ML, GUALLART CALVO R. (2004) Humanización y tecnología sanitaria. *Index Enferm* 46, 49-53.
- IBARRA MENDOZA TX, SILES GONZÁLEZ J. (2006) Competencia cultural. *Index Enferm.* 55, 44-48.
- JONES MALLADA C, HIDALGO GARCÍA R, FUENTELSAZ GALLEGO C, MORENO CASBAS T, HERNÁNDEZ FABA E. (2004) Situación actual de los recursos para la investigación en enfermería en el Sistema Nacional de Salud. *Metas de Enferm* 7(5), 28-32.
- LAVADO NÚÑEZ ME, MÁRQUEZ ARANGÚNDEZ MP, DAMAS SOSA C, MANFREDI LÓPEZ MJ. (2004) Registros y protocolos. *Hygia* 57, 10-14.
- LLOR ESTEBAN B, SATURNO HERNÁNDEZ PJ, GASCÓN JJ, SAURA LLAMAS J, LÓPEZ MJ, SÁNCHEZ M, BLASCO JR, GARCÍA M. (2002) ¿Los protocolos de enfermería siguen los requisitos de calidad estructural?: resultados de una evaluación multicéntrica en atención primaria de salud. *Enfermería Clínica* 12(1), 22-28.
- MAHON M. (2006) Technology in hospice: Is it a contradiction? *Home Healthcare Nurse* 24(8), 527-531.
- MONTERO DÍAZ J. (2004) Ciencia y cultura en el siglo XIX. *Historia Universal Contemporánea I* (Paredes, J.ed.), Ariel, Barcelona pp.269-272.
- MONTERO M. (2004) La cultura en la primera mitad del siglo XX. En *Historia Universal Contemporánea II* (Paredes, J.ed.), Ariel, Barcelona pp.527-541.
- MOYA CANTERO E. (1997) La disputa del positivismo en la filosofía contemporánea. Universidad de Murcia, Murcia.
- OLTRA- RODRÍGUEZ E, RIESTRA RODRÍGUEZ R, ALONSO PÉREZ F, GARCÍA VALLÉ JL, MARTÍNEZ SUÁREZ MM, MIGUÉLEZ LÓPEZ R. (2007) Dificultades y oportunidades para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias. *Enferm Clin* 17(1), 3-9.
- ORTEGA Y GASSET J. (2004) Meditación de la técnica y otros ensayos sobre ciencia y filosofía. 8ª reimpresión. Alianza Editorial, Madrid.
- PEIRÓ MORENO S. (1999) Medidas de actividad y producto sanitario. En *gestión sanitaria: Innovaciones y desafíos* (Del Llano Señaris J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez- Cortés J y Gené Badía J.ed.), Masson, Barcelona pp. 197-217.
- PEÑA K, RODRÍGUEZ J. (2003) La enfermería ante el enfoque del caos y la complejidad. *Cultura de cuidados* 14, 79-82.
- POLIT, HUNGLER. (2000) Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. McGraw Hill, México.
- SALAS IGLESIAS MJ. (2004) Una introducción a la naturaleza del cuidado. *Cultura de Cuidados* 15, 43-48.
- SALAS IGLESIAS MJ. (2003) El estatus científico de la enfermería: Paradigma, método y naturaleza de su objeto de estudio. *Cultura de Cuidados* 14, 71-78.
- SÁNCHEZ LINARES A, SANZ PENON C. (2001) Protocolizar las actividades de enfermería. *Rev Rol Enf* 24(1), 67-74.
- SAURA LLAMAS J. (2000) Los protocolos clínicos y la Cartera de servicios. *Centro de Salud* 8(2): 79-81.
- SOLANO RUIZ MC, SILES GONZÁLEZ J. (2003) Análisis de las vivencias de un paciente en cuidados intensivos desde la perspectiva de la complejidad. *Cultura de cuidados* 14, 83-91.
- SUBIRANA CASACUBERTA M, SOLÀ ARNAU I. (2006) Instrumentos basados en medidas directas II: SHIPS y SIGNO II. *Metas de Enferm* 9(8): 50-53.

CULTURA DOS CUIDADOS: MULHERES NEGRAS E FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM PROFISSIONAL BRASILEIRA

Paulo Fernando de Souza Campos¹, Taka Oguisso², Genival Fernandes de Freitas³

¹*Doutor em História. Pós-Doutorando do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – ENO/EEUSP.*

²*Professora Titular do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – ENO/EEUSP.*

³*Professor Doutor do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – ENO/EEUSP.*



zación de la enfermería. El resultado de este proceso ha creado una identidad para la enfermería brasileña caracterizada esencialmente por la mujer blanca, hija de las élites. La reflexión nos permite suponer que las representaciones del negro reiteraran estereotipos que dificultaban la inclusión de negras en la moderna enfermería, en la medida en que la visibilidad del ha proyectado las mujeres negras como moralmente descalificadas, caracterizándolas como impropias para ejercer el arte y la ciencia del cuidado.

Descriptor: Historia de la enfermería, Mujeres Negras, Identidad Profesional.

CULTURE OF CARING: BLACK WOMEN SHAPING THE BRAZILIAN PROFESSIONAL NURSING

ABSTRACT:

This paper intends to analyze the exclusion of black women process from the origins of the Brazilian professional nursing. Based on the proposition of the anthropology of care, this study shows that black women cared sick people before the nursing professionalization in Brazil. Results of this process have created a professional identity for Brazilian nursing essentially characterized by white woman, daughter of elite. A reflection allows us to suppose that black representations in Brazil have reiterated stereotypes that has prevented from inclusion of blacks into modern nursing, while the black representation within Brazil has projected black women as morally disquali-

CULTURA DE LOS CUIDADOS: MUJERES NEGRAS Y LA FORMACIÓN DE LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA BRASILEÑA

RESUMEN:

Este estudio pretende analizar el proceso de exclusión de mujeres negras de los orígenes de la enfermería profesional brasileña. Embasado en las proposiciones de la antropología de los cuidados, el texto demuestra que mujeres negras ejercían el cuidado antes de la profesionali-

fied, characterizing them as inappropriate for practicing the art and science of caring.

Descriptors: Nursing History, Black women, Professional identity.

RESUMO:

O artigo pretende analisar o processo de exclusão de mulheres negras das origens da enfermagem profissional brasileira. Fundado nas proposições da antropologia dos cuidados, o artigo demonstra que mulheres negras exerciam o cuidado junto aos doentes antes da profissionalização da enfermagem no Brasil. O resultado deste processo criou uma identidade profissional à enfermagem brasileira caracterizada essencialmente pela mulher branca filha das elites. A reflexão permite-nos supor que as representações do negro reiteraram estereótipos que coíbiam a inclusão de mulheres negras na enfermagem moderna, na medida em que seus significados projetavam as mulheres negras como moralmente desqualificadas, caracterizando-as como impróprias para exercerem a arte e a ciência do cuidado.

Descritores: História da Enfermagem – Mulheres Negras – Identidade Profissional

INTRODUÇÃO

A passagem do século XIX para o século XX marca o período em que a historiografia tradicional, resultado de narrativas oficiais, que exaltavam a realização dos detentores do poder, deixou de ser o paradigma da escrita da história ou sua única face. Interessados em uma nova possibilidade de interpretação do passado, novos historiadores buscavam em acontecimentos menos visíveis outras possibilidades de reconhecimento histórico.

Contrária à tradição que valorizava somente a experiência do poder instituído, em uma narrativa gloriosa e factual, a escrita da história passou a interessar-se por experiências reais, vividas por homens e mulheres comuns. Tal interesse implicou o aumento significativo de objetos, abordagens e problemas à pesquisa em História, bem como a ampliação do ofício do historiador, sobretudo a partir do diálogo cada vez mais freqüente com outros campos do conhecimento.

Questões anteriormente relegadas, ao serem trazidas para os estudos históricos, redimensionaram interpretações existentes sobre o passado. Desse movimento emerge a história das crianças, das doenças, das mulheres, do corpo, da sexualidade, da loucura, temáticas inicialmente identificadas como história das mentalidades ou das idéias por adotarem conceitos trazidos da Antropologia, Sociologia e Psicologia. A renovação historiográfica decorrente é atribuída a *École des Annales*, movimento que reuniu historiadores franceses com os mesmos propósitos, marcar posicionamento contrário à escrita da história tradicional (Burke P, 1991).

Um dos temas que emergiram do movimento de renovação da escrita da história tem especial identificação com a história da enfermagem: a história das mulheres. A pesquisa em história no Brasil muito recentemente incorporou a produção historiográfica que trata ações e acontecimentos praticados por mulheres. Contar a história das mulheres ou suas experiências contribuiu para retirá-las da penumbra (na qual foram duramente colocadas) e favoreceu, significativamente, para a cisão de uma historiografia estanque e esquemática, narrada a partir de sucessões de fatos e acontecimentos realizados por personagens ilustres (sempre homens).

Narrada de forma unilateral, a historiografia tradicional pouco mencionava os enredos femininos. O positivismo que norteou a escrita da história, até seguramente a passagem para o século XX, relegava experiências de mulheres ao um plano inferior, avaliando suas ações como menores em relação aos fatos que deveriam ser perpetuados, pois ainda que existissem as mulheres não eram protagonistas.

Deste modo, é possível afirmar que a escrita da história tradicional impôs uma visibilidade restritiva à participação da mulher no processo histórico, algo similar ao padrão de comportamento que as classificavam como dóceis, abnegadas, submissas, frágeis, voltadas para a manutenção da ordem familiar, exclusivamente.

Neste processo, métodos e técnicas de investigação, utilizados por outros campos do conhecimento foram incorporados ao ofício do historiador. A nova produção do conhecimento histórico e a pluralidade de abordagens sugeridas possibilitaram

a efetiva prática interdisciplinar, na medida em que os novos problemas e a ampliação das fontes documentais minimizaram limites, aproximando o historiador de outras ciências e vice-versa. O diálogo entre campos e saberes vizinhos revelou a mais absoluta transformação da produção do conhecimento. Mitos foram derrubados e preconceitos destituídos, ou seja, a interdisciplinaridade redimensionou a noção que se tinha da práxis.

Essa trajetória tem marcado os estudos históricos. O reconhecimento da importância do passado como possibilidade de retomada de percursos interrompidos ou como possibilidade de avaliação de caminhos percorridos, têm revelado de forma contundente seus impactos em diferentes áreas do conhecimento. A Enfermagem, de forma exemplar, aponta para essa perspectiva, ao desenvolver e apoiar investigações que analisam o passado da enfermagem, da profissionalização e de seu contingente (Carnegie ME. 1995, Oguisso T. 2007, Moreira A, Oguisso T. 2005).

Ainda que pouco explorada, a pesquisa em história da enfermagem, no Brasil, tem revelado uma consciência crítica no que se refere à elaboração de novas formas de percepção e apreciação da realidade (Passos ES.1996, Mott ML.1998, Silva MF. 1995, Cyetrynowicz RA. 2000). Como salientado "...estes estudos, que nos apresentam 'o olhar do outro' sobre nós, se por vezes nos dá uma sensação de estranhamento, são muito instigantes e a eles devemos conceder a melhor atenção, no sentido de voltarmos a considerar nossas visões e posições sobre a história da enfermagem..." (Barreira IA, Baptista SS. 2000).

MULHERES NEGRAS: ENTRE PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES

A perspectiva apontada permite supor que, se as mulheres foram excluídas da história, as mulheres negras foram duplamente segregadas (Perrot M. 1988). A condição feminina aliada ao traço negro afro-descendente desqualificava ainda mais a participação da mulher negra na história do Brasil, sempre representada como escrava, praticante do sexo venal, doméstica, depreciada em seus padrões de beleza, moral e comportamento (Santos GA. 2004).

Avaliar o processo de exclusão/inclusão de mulheres negras na enfermagem profissional, bem como a resistência das mulheres negras frente aos juízos intolerantes e fabricações discursivas que as desqualificavam, torna-se fundamental para o estudo da formação da identidade profissional da enfermagem brasileira. A população brasileira, durante quatro dos cinco séculos de história oficial, foi majoritariamente negra, fator que levou à constituição de uma nação miscigenada e plural do ponto de vista étnico.

De acordo com os estudos históricos, é possível afirmar que a reflexão acerca das representações e da exclusão de mulheres negras (não apenas da enfermagem moderna, mas da vida social mais ampla) encontra suas origens na história da saúde e da medicina, cuja produção revela que doenças e doentes eram definidos a partir da tradição fundada no evolucionismo e darwinismo-social. Tal perspectiva supunha que homens e mulheres negros eram sinônimo de perigo, contágio de doenças ou mais efetivamente transmissores delas (Chalhoub S. 1990, Vasconcellos MPC. 1995). Cientificamente difundidas e aceitas, as representações pautadas no bio-poder preconizavam que negros seriam naturalmente viciosos e indolentes, portanto, indisciplinados, ignorantes, incapazes de alcançar os progressos requeridos à manutenção da ordem econômica e social (Moura C. 1984).

Presos a uma força biológica que os subjugava, imprimindo-lhes inclusive o caráter, os negros estavam hereditariamente condenados, uma vez que a questão racial, nas origens da enfermagem profissional brasileira, era assumida como determinante na vida de uma pessoa. Assim avaliada, a herança genética ou a mistura das raças corromperia os sujeitos desviando-os da normalidade aparente, explicitada pela cor da pele e outros traços anatômicos (Costa JF. 1999, Souza Campos PF. 2003).

É possível afirmar que o paradigma darwinista-social, que fundamentou ações políticas na Primeira República (1889-1930), reiterava discursos normativos que afirmavam ser a população afro-descendente naturalmente degenerada, fator que os projetava como tipos desviantes, anormais. Tal princípio era usado como critérios de definição social de uma pessoa, capaz de incluí-la ou seu

contrário. Ou seja, as normas impostas pelo biopoder (que atingiam habitação, higiene, alimentação, sexualidade, religião e literatura) produziam juízos de valor que restringiam possibilidades de convívio social mais amplo e incitavam tensões permanentes.

Como degenerados ou criminosos natos, negros não poderiam ou não deveriam participar da esfera social mais ampla, na medida em que a contaminaria o tecido social, como alegavam discursos produtores de verdades oriundos da medicina e do direito penal (Souza Campos PF. 2003).

Nas origens da sociedade republicana, quando não assumidos como “crias da casa”, os negros eram representados como páreas, dado à cristalização de imagens que os associavam a classes sociais perigosas, marcando profundamente as relações sociais no Brasil nas décadas iniciais da República (Houfbauer A. 1999).

“NEM LADIES, NEM NURSES”: MULHERES NEGRAS E ENFERMAGEM

As visibilidades decorrentes do processo de profissionalização do cuidado formalizam a investigação em torno dos modos de exclusão racial e de gênero no ofício da enfermagem, durante a primeira metade do século XX. Reconhecida oficialmente no Brasil em 1923, em plena instauração da nova ordem social republicana, a história da enfermagem torna-se particularmente interessante para a história das mulheres negras.

Como sinalizado, em sua origem profissional, os cursos de formação deveriam evitar a presença negra (assim como a presença masculina) nos quadros discentes. Tal impedimento encontrava suporte no modelo educacional assumido como padrão profissional no Brasil, cujas origens evocam Florence Nigthingale (1820-1910) como sua precursora*. No caso brasileiro, o modelo nursing impôs critérios filtrados por enfermeiras norteamericanas que implantaram o modelo no Brasil nos primeiros anos da década de 1920 (Barreira I A. 1997).

As evidências permitem indicar que as intenções de elevar o status do cuidado, anteriormente caracterizada como prática desqualificadora, exercida por mulheres pobres e desviantes, contribuiu para o impedimento da admissão de mulheres negras na enfermagem moderna brasileira, invariavelmente representadas como desregradas, mal formadas, fora dos padrões construídos para a enfermagem e sua principal personagem: a enfermeira.

Contrariando a concepção de democracia que fundou o regime republicano no Brasil, para ingressar na profissão, era preciso ser mulher, branca, ter vocação para a arte do cuidado, possuir formação educacional e religiosa preferencialmente cristã; pré-requisitos que restringiam possibilidades de seleção e aumentavam as distâncias entre negros e brancos, pois agia na esfera cultural das práticas sociais.

A documentação que registra a história da enfermagem no Brasil revela episódios originais que permitem analisar historicamente as relações interétnicas no âmbito da enfermagem. Um desses episódios, vividos por dirigentes e alunas da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, fundada em 1923, na cidade do Rio de Janeiro, desvela o problema:

É verdade que a política de organização da escola tinha sido evitar, diplomática e estrategicamente, a admissão de negros, até que a opinião pública em relação à profissão de enfermagem tivesse mudado. Isto era fundamental se pretendia atrair mulheres de melhor classe... mesmo a Academia Naval colocava obstáculos para impedir a admissão de candidatos negros. Todas as vezes em que moças de cor se candidatavam para entrar na escola, havia sempre outras boas razões para que elas não fossem qualificadas, por isso nenhum problema havia surgido até então. Na verdade, havia já na escola três estudantes que, apesar de brancas, mostravam alguns traços de sangue negro. Foi enviada uma carta à imprensa comunicando que nenhuma pretendente havia sido

* Florence Nigthingale é considerada a pioneira da Enfermagem Moderna por fundar, após a experiência da Guerra da Criméia (1853-1856), a Nigthingale Training School for Nurses at St. Thomas Hospital, primeira escola profissional de enfermagem, em Londres, multiplicando seu modelo de ensino pelo mundo, tal como ocorreu no Brasil no início do século XX com a Reforma Carlos Chagas (3 - 22).

rejeitada por causa da cor, mas não foi convincente, e o Departamento de Saúde achou que seria aconselhável permitir o ingresso de uma moça negra, se acaso se apresentasse alguma que preenchesse todos os requisitos para a admissão. Esta candidata apareceu em março, juntamente com as demais pretendentes sob forte suspeita de que havia sido mandada por um dos jornais, e foi admitida. Isto provocou uma enxurrada de protestos por parte das alunas, mas, após considerar a questão, o Conselho de Estudantes finalmente decidiu que qualquer manifestação de rejeição ou de descortesia para com uma colega de classe demonstraria falta de respeito e de vontade de cooperar, e assim não houve mais dificuldades. As estudantes deixaram claro, contudo, que esperavam que não fosse admitida nenhuma outra negra por algum tempo (Moreira MCN. 1998).

O documento revela que a admissão de uma negra e outras "...que apesar de brancas, mostravam alguns traços de sangue negro...", no interior dos quadros acadêmicos da referida escola, ao mesmo tempo que revela a discriminação racial, derruba a tese da ignorância e degeneração que as caracterizavam, motivos pelos quais eram naturalmente impossibilitadas de ingressar nos cursos profissionalizantes, como supunha a imensa maioria dos homens e mulheres brancos.

O registro comprova que, independentemente da origem étnica ou condição social, mulheres negras poderiam preencher os pré-requisitos exigidos a uma enfermeira, ainda que estas existissem. Estudos recentes indicam que entre as diplomadas pela Seção Feminina da Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto, na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1923, havia uma mulher negra. Para além de sua localização no quadro de diplomadas (canto inferior direito), sua presença re-afirma imperativos raciais estabelecidos à construção simbólica e oficial da identidade profissional da enfermagem brasileira, o que permite trazer o debate para o campo das representações (Chartier R. 1991).

As evidências que os registros históricos evocam deslindam, por outro lado, a resistência de mulheres negras na conquista de seu espaço social, intelectual e profissional. Seus significados implicam repensar as bases que forjaram a identidade profissional da enfermagem brasileira ou então,

qual seria o motivo para a exclusão das mulheres negras da formação profissional considerada oficial?

A documentação permite observar que o desejo expresso pelas alunas da Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública em não ver o episódio repetido, consubstancia a historiografia recente, quando esta afirma que a sociedade brasileira sempre rejeitou o convívio com aqueles que foram seus cativos, o que justifica a natureza das restrições impostas (Domingues PJ. 2000).

Analisada pelas lentes da cultura dos cuidados (González JS. 1999). durante todo o processo histórico do Brasil, era intensa a participação de mulheres negras como parteiras, amas de leite, negras domésticas, babás, mães pretas, isto é, mulheres que cuidavam de enfermos, velhos e crianças, mesmo que para o cuidado das crianças muitas devessem abandonar os seus próprios filhos (Deiab RA. 2005). As relações de interdependência entre as práticas do cuidado e as populações negras no Brasil são muito próximas, porém, pouco estudadas.

Fotografia 1: Babá com menino Eugen Keller (1874)



Fonte: Alberto Henschel. Coleção George Ermakoff. Acervo Biblioteca Nacional.

A fotografia desvela o cuidado exercido por mulheres negras. A imagem fotográfica, clicada no

atelier do alemão Albert Hanshel (primeiro grande empresário da fotografia no Brasil que em 1867 abre o escritório em Recife, seguido do escritório de Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo) revela uma babá, mulher que cuida de crianças, quase sempre uma ama-de-leite, retratada no estado de Pernambuco, nordeste brasileiro, no ano de 1874.

A fotografia remonta o que poderia ser considerada uma cena da vida social do negro no país. Contudo, a produção da fotografia em estúdio, a vestimenta, as jóias e os adornos podem ser identificados como estratégias usadas para “embranquecer” a imagem das cuidadoras negras do Brasil. O cenário elegantemente composto indica tanto a posição assumida pelos familiares da criança no âmbito social (poder político e econômico), quanto à condição da mulher negra no Brasil (cuidadora e escrava).

No período, a imagem do Brasil deveria reiterar o cosmopolitismo europeu, a civilidade nos trópicos, pois fotografias de escritórios eram usadas como cartões postais, enviados a familiares e amigos próximos, inclusive, para manutenção do poder e status social. As fotografias fabricavam imagens, construía consciências e veiculavam juízos formadores de opinião acerca do belo, bom, saudável, ideal.

Deste modo, torna-se factível supor que as construções discursivas, imagéticas e estéticas, que atuam no campo das mentalidades (formação das opiniões e das consciências) operaram decisivamente no processo de fabricação da identidade profissional da enfermagem brasileira. Pensado no âmbito das relações sociais, o estudo das representações permite desvelar práticas e memórias coletivas (quase sempre relegadas como objeto de estudo e investigação dos pesquisadores em história da enfermagem) que avaliam o passado a partir da profissionalização do cuidado e do modelo adotado como padrão ao ensino importado dos Estados Unidos, introduzido no Brasil pela Missão Parsons (1922). (Miranda CML.1986, Sauthier J, Barreira IA. 1999).

No caso da história da enfermagem profissional brasileira, a presença negra favoreceria a permanência de uma memória inglória, pautada em representações transformadas em correlatos de verdade. Assumido como cabais, os discursos que

reiteravam a degenerescência das populações afro-descendentes, contribuíram para que o grande modelo à profissionalização da enfermagem no Brasil evitasse, reprovando, candidatas negras.

Nestes termos, o intrincado processo de apropriação dos bens culturais, de espoliação das culturas afro-descendentes, marginalizou as mulheres negras no seu próprio mundo. Analisar o processo histórico de exclusão/inclusão das mulheres negras na enfermagem profissional implica necessariamente reavaliar o estatuto atual da identidade profissional da enfermagem brasileira. Recuperadas pela memória histórico-antropológica da enfermagem, suas ações e práticas culturais são, ainda, avaliadas como pouco significativas.

Tais afirmativas tornam-se factíveis à medida que a noção de representação revela não apenas “tradução de divisões estáticas e imóveis, mas efeito de processos dinâmicos”, existentes no cotidiano profissional e social (Moreira MCN. 1998). Refletir sobre as representações (do negro, da enfermagem) implica considerar que estas foram erigidas e formalizadas por discursos não neutros. Porém, sua decodificação autoriza percepções inéditas, que redimensionam o passado da cuidado no Brasil, portando, sua própria história.

CONCLUSÃO

As representações construídas às mulheres negras, que as impediram de ingressar na “enfermagem padrão”, oficialmente instituída no Brasil, não foram erigidas aleatoriamente, ao contrário, fizeram parte de um intrincado processo político-institucional que visava manter distância classes sociais e etnias consideradas inferiores dos quadros dirigentes da Enfermagem na Primeira República (1889-1930).

Do mesmo modo, a análise implica considerar o resultado das projeções imagético-discursivas, cristalizou a história da enfermagem como produto da profissionalização. Movimentos anteriores, cujo ensino não refletisse o padrão proposto como oficial, foram relegados pela historiografia dominante e postos à margem da história da enfermagem brasileira. A escrita da história da enfermagem, fundada na representação dominante, fabricou imagens invertidas acerca do cuidado realizado no Brasil no período imediatamente anterior à profis-

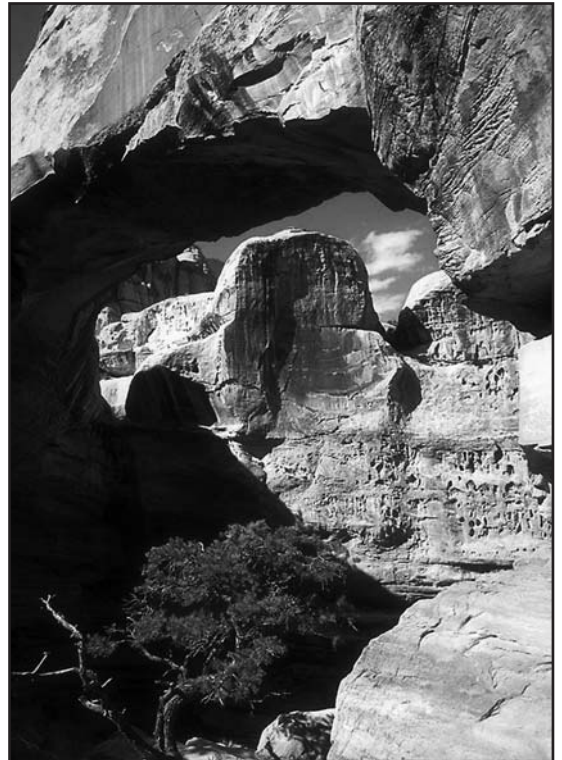
sionalização da enfermagem brasileira, desautorizando o trabalho de mulheres negras.

As vicissitudes desse processo erigiram representações que não correspondiam com a realidade (as enfermeiras negras existiam), porém, se coadunava ao projeto político social republicano que visava branquear a sociedade. Evitar a profissionalização de mulheres negras na enfermagem oficial brasileira pode ser considerado como uma das estratégias de dominação e controle das populações afro-descendentes, aqui retratadas pelas cuidadoras negras do Brasil.

REFERÊNCIAS

- Barreira IA, Baptista SS. (2000) A Pesquisa e Documentação em História da Enfermagem no Brasil, *Rev. Enf. Esc. Anna Nery*, 4(3): 396-403.
- Barreira I A. (1997) Os Primórdios da Enfermagem Moderna no Brasil. *Esc. Anna Nery – Rev. Enferm.* 1(número de lançamento); 161-76.
- Burke P. (1991) A Escola dos Annales. A Revolução Francesa da Historiografia. São Paulo: Edunesp.
- Carnegie ME. (1995) *The Path we Tread. Blacks in Nursing Worldwide, 1854-1994*. 3a ed. New York: National League for Nursing Press.
- Costa JF. (1999) *Ordem médica e norma familiar*. 4a ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Cyetrynowicz RA. (2000) Serviço da Pátria: mobilização das enfermeiras no Brasil durante a Segunda Guerra. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. 3(1):73-91.
- Chalhoub S.(1990) *Classes pobres, classes perigosas*. *Trabalhadores*. 6(1);2-22.
- Chartier R. (1991) O Mundo como Representação. *Estudos Avançados* 5(11):173-91.
- Deiab RA.(2005) A Memória afetiva da escravidão. *Rev História da Biblioteca Nacional*, (1) 4:36-40.
- Domingues PJ. (2000) Uma História mal Contada. Negro, racismo e trabalho no pós-abolição em São Paulo (1989-1930). [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP.
- Gonzáles JS.(1999) *Historia de la Enfermeria*. Alicante: Aguaclara.
- Houfbauer A. (1999) Uma história do branqueamento ou o negro em questão. [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP.
- Miranda CML.(1986) O Risco e o bordado. Um estudo sobre formação de identidade profissional. Rio de Janeiro: EEAN/UFRI.
- Moreira MCN. (1998) A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem n Brasil na Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*; 3(1): 621-45.
- Moreira A, Oguisso T. (2005) *Profissionalização da Enfermagem Brasileira*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Mott ML.(1998) Parto, parteiras e parturientes no século XIX. [tese]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP.

- Moura C. (1984) *As Injustiças de Clio. O negro na historiografia brasileira*. São Paulo: Nossa Terra.
- Oguisso T. (2007) *Trajatória Histórica e Legal da Enfermagem*. Barueri: Manole.
- Passos ES.(1996) *De anjos a mulheres: ideologias e valores na formação de enfermeiras*. Salvador :EDUFBA;EGBA.
- Perrot M. (1988) *Os excluídos da história: homens, mulheres, prisioneiros*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Santos GA. (2004) *Mulher negra, homem branco*. Rio de Janeiro: Pallas.
- Sauthier J, Barreira IA. (1999) *As enfermeiras norte-americanas e o ensino da enfermagem na capital do Brasil: 1921-1931*. Rio de Janeiro: Editora Ana Nery.
- Silva MF. (1995) *Resgatando a Memória: a História das Enfermeiras da Força Expedicionária Brasileira na II Guerra Mundial*. [dissertação] Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ.
- Souza Campos PF. (2003) *Os crimes de preto Amaral. Representações da degenerescência em São Paulo. 1920*. [tese]. Assis: Faculdade de Ciências e Letras da UNESP.
- Vasconcellos MPC. (1995) *Memórias da Saúde Pública. A fotografia como testemunha*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.



AS DIRETRIZES DO RELATÓRIO GOLDMARK PARA A ORGANIZAÇÃO DE UM GRUPO SUBSIDIÁRIO DE ENFERMAGEM (1919 – 1923)

Mary Ann Menezes Freire¹, Fernanda Teles Morais²,
Wellington Mendonça de Amorim³, Osnir Claudiano da Silva Júnior⁴

¹Bolsista PIBIC-CNPq, estudante de enfermagem.

²Voluntária de Pesquisa (DPq-UNIRIO), estudante de enfermagem.

³Doutor em História da Enfermagem, professor Adjunto do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da UNIRIO.

⁴Doutor em História da Enfermagem, professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da UNIRIO.



LAS DIRECTRICES DEL RELATORIO GOLDMARK PARA LA ORGANIZACIÓN DE UN GRUPO SUBSIDIARIO DE LA ENFERMERÍA (1919 – 1923)

RESUMEN:

Estudio de las directrices para la organización de un grupo subsidiario de enfermería en el Relatorio Goldmark, 1919 - 1923. El recorte temporal comprende el año de 1919, cuando se determina el comité que conduciría el estudio que dio lugar al Relatorio Goldmark, y como marco final el año de 1923, que demarcó la publicación del informe de Goldmark.

Objetivos: caracterizar las circunstancias en que se dio el desarrollo del estudio que dio lugar al Relatorio Goldmark, en el ámbito de la enfermería norteamericana; analizar las propuesta del Relatorio Goldmark para cualificar y para distinguir el grupo subsidiario de enfermería de los enfermeros. Método: es un estudio de la naturaleza historico social, que fue apoyado en el análisis documental.

Resultados y Consideraciones finales: todas las ofertas hechas por el Relatorio Goldmark a respecto del grupo subsidiario de enfermería tenían como objetivos definir, delimitar y regular la práctica de esta profesión; proteger la comunidad contra el fraude; prevenir la exploración de aquellos que cobraban tasa y asumieron las responsabilidades para las cuales sus calificaciones no fueron autorizadas; y, más allá de todo, distinguir a estos profesionales de los enfermeros.

Descriptorios: Historia de la Enfermería; Salud Pública; Políticas de Salud.

THE GOLDMARK'S REPORT DIRECTING TO THE ORGANIZATION OF A SUBSIDIARY GROUP OF NURSING (1919 – 1923)

ABSTRACT:

Study about the directings to the organization of a subsidiary group of nursing on the Goldmark's Report, 1919 – 1923. The tem-

poral clipping comprehend the 1919 year, when was determined the committee that would conduct the study that resulted on Goldmark's Report, and like a final limit the 1923 year, that was demarcate by the Goldmark's Report publication. Objectives: To characterize the circumstances in which occurred the development of the study that resulted on the Goldmark's Report, on the north-american nursing ambit; To analyze the Goldmark's Report proposals to qualify and to distinguish the subsidiary group of the nurses. Method: Study of historic-social nature based on documental analysis. Results and Final Considerations: All the proposals made by Goldmark's Report about the subsidiary group of nursing had like objective to define, to delimit and to regulate the practice of this profession; to protect the community against the frauds; to avoid the exploration of those that collected taxes and assumed responsibilities that wasn't authorized to them; and to distinguish this professionals to the nurses.

Keywords: Nursing History; Public Health; Political of Health.

RESUMO:

Estudo sobre as diretrizes para a organização de um grupo subsidiário de enfermagem no Relatório Goldmark, 1919 – 1923. O recorte temporal compreende o ano de 1919, quando se determina o comitê que conduziria o estudo que resultou no Relatório Goldmark, e como marco final o ano de 1923, que demarcou a publicação do Relatório Goldmark. Objetivos: caracterizar as circunstâncias em que se deu o desenvolvimento do estudo que resultou no Relatório Goldmark, no âmbito da enfermagem norte-americana; analisar as propostas do Relatório Goldmark para qualificar e diferenciar o grupo subsidiário de enfermagem dos enfermeiros. Método: trata-se de um estudo de natureza histórico-social, cujo desenvolvimento apoiou-se na análise documental. Resultados e Considerações Finais: todas as propostas feitas pelo Relatório Goldmark acerca do grupo subsidiário de enfermagem tinham como objetivo definir, delimitar e regular a prática desta profissão; proteger a comunidade contra a fraude; evitar a exploração daqueles que cobravam taxas e assumiam

responsabilidades para as quais suas qualificações não eram autorizadas; e, além de tudo, diferenciar estes profissionais das enfermeiras.

Palavras-Chave: História da Enfermagem; Enfermagem; Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Estudo sobre as diretrizes para a organização de um grupo subsidiário de enfermagem no Relatório Goldmark, 1919 – 1923. O recorte temporal compreende o ano de 1919, quando se determina o comitê que conduziria o estudo que resultou no Relatório Goldmark, e como marco final o ano de 1923, que demarcou a publicação do Relatório Goldmark.

O desenvolvimento da Enfermagem nos Estados Unidos da América do Norte (EUA) representa uma experiência de profissionalização paradigmática para a enfermagem mundial (Silva Junior, 2003).

A enfermagem norte-americana moderna é fruto de um longo desenvolvimento, que se desenrolou, desde os meados do século XVIII, com o envolvimento de instituições religiosas e caritativas; em hospitais, asilos e nas comunidades; com as atividades próximas às serviços domésticas; entretanto, voltadas para o cuidado de crianças, amas de leite e outras. A figura da parteira é a mais representativa neste período (Silva Junior, 2003).

Segundo Sauthier e Barreira (1999), a primeira iniciativa para preparar enfermeiras, nos EUA, se deu no hospital de Nova Iorque, em 1798, pelo Dr. Valentine Seaman, que foi o primeiro americano a vislumbrar o ensino de prendas domésticas para mulheres em um curso formal, através de seminários (Silva Junior, 2003).

A partir de um trabalho voluntário ou parcialmente remunerado, a Enfermagem surgiu, então, como uma rara possibilidade de trabalho para as mulheres; mesmo que reproduzindo, em seus primórdios, as limitações de raça, classe social e, obviamente, do sexismo da sociedade norte-americana pré-industrial. O processo de inserção do contingente feminino no mercado de trabalho, naquele país, era acessível apenas às “boas mulheres”; viável pelos caminhos da religião e/ou filantropia (Silva Junior, 2003).



A participação das filantropas foi fundamental para a introdução, nos EUA, das idéias de Florence Nightingale que, em 1860, iniciara o trabalho de educação em Enfermagem, na Inglaterra. Contudo, na América, a solução encontrada, criar escolas de enfermagem junto aos hospitais, pecava por utilizar a mão-de-obra das alunas para estas instituições, prejudicando expressivamente o desenvolvimento teórico e científico da nascente profissão (Baer, 1985).

Em 1890, foi fundada a escola de enfermagem anexa ao Hospital John Hopkins, com o objetivo de criar um centro de educação científica e de instrução prática, com acessoria – por correspondência – de Florence Nightingale. Em 1893, Isabel Hampton Robb, superintendente de enfermeiras e diretora da escola, organizou um encontro de enfermeiras no Congresso Internacional de Obras de Caridade, Casas de Correção e Filantropia, em Chicago, durante a Feira Mundial. Discutiu-se e tomou-se a iniciativa de levar adiante as principais lutas do grupo, dentre estas: fundação da Associação Nacional de Enfermeiras (fundada em 1896, e transformada na American Nurses Association em 1911); exigência de instrução e registro de enfermeiras; e a criação da Liga Nacional de Educação em Enfermagem (responsável pelos primeiros cursos de pós-graduação sobre

ensino de Enfermagem e Administração Hospitalar, no Teacher's College, da Columbia University). Em 1890, foi lançada a primeira edição do American Journal of Nursing (Silva Junior, 2003).

Um fato importante marcou a história dos EUA: a sua entrada na primeira guerra Mundial, em 1915.

Em 1918, ao término da Primeira Guerra Mundial, os Estados Unidos emergiram como potência mundial, modificando radicalmente o mundo eurocêntrico que vigorava até então (Silva Junior, 2003).

Outro acontecimento marcante não só para os EUA, mas mundialmente também, foi a ocorrência da epidemia da Gripe Espanhola. Os primeiros casos de gripe ocorreram em abril de 1918 em tropas francesas, britânicas e americanas, estacionadas nos portos de embarque na França. Em maio, a doença atinge a Grécia, Espanha e Portugal. Em junho, a Dinamarca e a Noruega. Em agosto, os Países Baixos e a Suécia. Em setembro, atinge o continente americano. É muito provável que a doença tenha chegado primeiro ao estado do Kansas, nos EUA, por meio de chineses que vieram trabalhar na retaguarda dos exércitos aliados. Todos os exércitos estacionados na Europa foram severamente afetados pela doença, calculando-se que cerca de 80% das mortes da armada dos EUA se deveram à gripe.

Em 1919, tem início, em Paris, a Conferência da Paz. As grandes potências, em especial Wilson (EUA), Lloyd George (Grã-Bretanha) e Clemenceau (França), dominam as deliberações e decisões da conferência (Garcia, 2005).

Já havia, no início do século XX, nos EUA, um movimento de saúde pública, na tentativa de se ter um avanço nas condições sanitárias. Com o decorrer dos anos, a preocupação com a saúde ia aumentando e o debate acerca do papel da enfermeira de saúde pública, já existente nos EUA, passou a ser mais discutido.

Tal movimento de saúde pública tinha como objetivos iniciais o saneamento da comunidade e o controle das doenças, de nascença e de contato,

Não havia alternativa, embora tivesse Wilson tentado, de todas as maneiras, evitar a guerra. Disse ele que quando o povo americano entrasse na guerra, a liberdade, a tolerância e o equilíbrio seriam esquecidos. Além disso, uma declaração de guerra significava “que a Alemanha seria vencida, e tão vencida que haveria uma paz ditada, uma paz vitoriosa” (Tuchman, 1992).

através do isolamento e uso de soros e vacinas. Já em 1919, acreditava-se que os principais problemas de saúde existentes, tais como a mortalidade infantil e a tuberculose, podiam ser resolvidos com apenas higiene pessoal – uma alteração diária dos hábitos individuais. Tal fato rendeu ao movimento de saúde pública uma nova ênfase, pautada na higiene pessoal, ou seja, educação popular (Goldmark, 1923).

Um vasto problema dos EUA, no final da década de 1910, era a necessidade, quantitativa e qualitativa, de enfermeiras. Nesta época, o relatório do censo mostrava um aumento de enfermeiras treinadas registradas, de 82.327 em 1910 para 149.128 em 1920, um aumento verdadeiramente fenomenal de 83%. Sendo que apenas umas 11.000 estavam empregadas como enfermeiras de saúde pública, quando para se ter padrões aceitáveis, teria-se de ter aproximadamente 50.000 enfermeiras de saúde pública para atender a população dos Estados Unidos. Outras 11.000 estão em hospitais e outras instituições, e 120.000 em cargos de serviços privados, no qual, todavia, muitas não estão em prática ativa de suas profissões (Goldmark, 1923).

Enquanto o movimento de saúde pública e certos médicos particulares requeriam enfermeiras de qualidade, havia outros que desejavam meramente “mãos para médicos”, com uma educação abaixo dos padrões desejáveis. Tal conflito, embasado por diversas razões, mostrou a necessidade de um tipo diferente de treinamento, um serviço subsidiário ao de enfermagem (Goldmark, 1923).

Porém não se devia considerar o serviço subsidiário de enfermagem um fato novo nos Estados Unidos. Em 1920, das 300.000 enfermeiras existentes, pouco mais da metade estavam abaixo dos padrões de enfermeira graduada. A “enfermeira prática”, o “atendente treinado” era um fato. E na opinião de um grande número de médicos que utilizam seus serviços, elas preenchem um lugar real no problema complexo de cuidar do doente (Goldmark, 1923). Havia, no entanto, um perigo na existência de um grupo livremente definido e desregulado de treinadores parcialmente treinados. Se estava-se lutando pela melhoria da qualidade e regulamentação das enfermeiras, ao considerar um grupo subsidiário de enfermagem era também necessário considerar que fossem estabelecidos

padrões de treinamentos e necessidade de registro para o mesmo.

O sucesso alcançado pelo modelo de pesquisa científica, patrocinado pela Fundação Rockefeller, no combate a ancilostomose no sul dos Estados Unidos, estimulou a criação da Escola de Higiene e Saúde Pública na Universidade Johns Hopkins. Tal modelo seria transplantado, nos anos seguintes, para vários outros países. Esta expansão, liderada por Wickliffe Rose (diretor do Conselho Sanitário Internacional), tinha o objetivo de lançar as sementes e apoiar o desenvolvimento da saúde pública, ferramenta indispensável para o almejado “processo da civilização” (Silva Junior, 2003).

Devido ao seu interesse em saúde pública, a Fundação Rockefeller financeira, em 1918, um estudo sobre a Enfermagem, realizado por um grupo de notáveis – o Committee for Study of Nursing Education –, sob a presidência do ilustre sanitarista Charles-Edward Amory Winslow, professor da Yale University; e secretariado por Josephine Goldmark, assistente social (Silva Junior, 2003). O relatório, conhecido como Relatório Goldmark, publicado em 1923, abrange diversos temas, dentre eles, os aspectos relativos à organização de um grupo subsidiário de enfermagem.

Desse modo, considerando a política de saúde norte-americana da época, a presença e a atuação da Fundação Rockefeller, e a publicação do estudo da Educação em Enfermagem norte-americana, denominado Relatório Goldmark, é que buscamos, a partir das informações documentais, elucidar questões referentes à organização de um grupo subsidiário de enfermagem no início da década de 20, do século XX, nos EUA.



Para operacionalizar o estudo definimos os seguintes objetivos:

1. Caracterizar as circunstâncias em que se deu o desenvolvimento do estudo que resultou no Relatório Goldmark, no âmbito da enfermagem norte-americana;
2. Analisar as propostas do Relatório Goldmark para qualificar e diferenciar o grupo subsidiário de enfermagem dos enfermeiros.

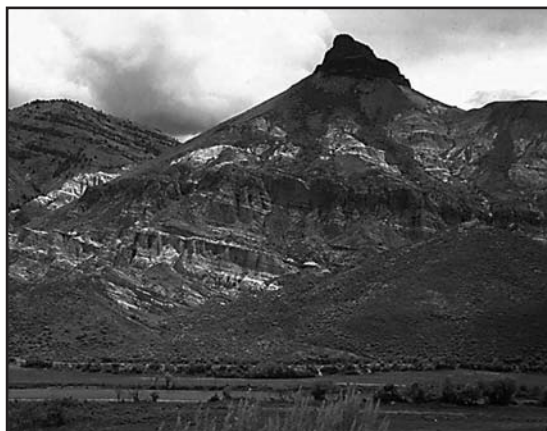
O estudo integra a linha de pesquisa: As políticas de saúde no contexto histórico social e suas implicações para a enfermagem de saúde pública no Brasil, do grupo de pesquisa do CNPq “A trajetória da enfermagem de saúde pública no Brasil”, desenvolvido no Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem –Laphe–EEAP, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

A Enfermagem norte-americana tem, hoje, características de potência mundial em formação, prática e organização, servindo de referência para todo o mundo. Este desenvolvimento tem no Nursing and Nursing Education in the United States, o Relatório Goldmark, um marco definitivo (Silva Junior, 2003).

Desse modo, o produto deste estudo busca novas questões no interior dos fatos e fenômenos oriundos dos modelos que influenciaram a enfermagem de saúde pública, buscando dar um sentido a continuidade dos fatos históricos, além de contribuirmos para a produção científica da História da Enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza histórico-social, cujo desenvolvimento apoiou-se na análise documental. Trata-se, assim, de fazer da construção do conhecimento uma produção humana, em que se instale a ruptura com o senso comum, a partir de bases racionais e científicas. Dessa maneira, a metodologia implícita proposta para a pesquisa em história deve ser encaminhada na direção de indagar a construção do conhecimento de algum objeto particular, revelando a relação que os homens estabelecem entre si e o mundo que os circunstancia. Dentro dessa orientação, a construção do conhecimento histórico se sustenta no processo indutivo de conhecimento partindo do nível sensível para alcançar a conceituação e a problematização (Mendonça, 1994).



Como fontes primárias foram utilizados relatórios e publicações, explorados nos seguintes acervos: Arquivo Setorial Maria de Castro Pamphiro – EEAP – UNIRIO; Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ. As fontes secundárias referiram-se a História dos EUA, a Política de Educação e Saúde, e a História da Enfermagem norte-americana.

No que tange ao Relatório Goldmark, consideramos a Nota Introdutória, o Relatório do Comitê para o Estudo da Educação em Enfermagem e o Relatório da Secretária. E dentro destes analisamos, pelo critério de relação temática, os aspectos e discussões referentes ao Grupo de Enfermagem Subsidiário.

A análise e interpretação das informações foram realizadas através da busca de nexos entre as informações obtidas nos documentos e a produção historiográfica do tema em questão (Félix, 1998). Assim definimos como unidades de análise as propostas do Relatório Goldmark e a organização de um grupo subsidiário de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As circunstâncias do Relatório Goldmark no âmbito da enfermagem norte-americana

Sauthier e Barreira (1999), analisando o estudo de Ellen D. Baer intitulado *Nursing's divided house – an historical view*, encontraram que, até 1890, nos EUA, a única meta da enfermagem era a perfeição no trabalho prático. Neste ano, foi fundada a escola anexa ao hospital John Hopkins, com o objetivo de criar um centro de educação científica e de instrução prática, para o que se buscou a assessoria de Florence Nightingale. Esta escola deve seu

prestígio ao fato de ter seguido e ampliado os preceitos de Florence. Nessa oportunidade, várias superintendentes de escolas americanas que buscavam um modelo educacional uniforme, tentaram implantar novos métodos de organização escolar e lutavam pelo registro profissional. Era clara a necessidade de uma associação nacional de enfermeiras, a instrução e o registro das mesmas. No que se refere à enfermagem assistencial, as associações de classe tiveram origem nos próprios hospitais, onde as alunas-enfermeiras congregavam-se para discutir seus problemas. Em 1896, houve um consenso de que era hora de reunir essas associações que, incorporadas, formaram a Associação das Enfermeiras dos Estados Unidos e Canadá, da qual Isabel Hampton Robb (a mesma foi a primeira diretora da escola de enfermagem anexa ao hospital John Hopkins) foi eleita primeira presidente. Pode-se entender, então, que, na virada do século, a enfermagem buscou a sua autodeterminação profissional mediante a regulamentação da profissão.

Um dos primeiros periódicos de enfermagem a circular nos EUA foi o *American Journal of Nursing*, criado em outubro de 1900, como importante veículo de divulgação no campo de enfermagem (Sauthier e Barreira, 1999).

Em 1911, o nome da Associação das Enfermeiras dos Estados Unidos e Canadá foi mudado para Associação de Enfermeiras Americanas (*American Nurses Association, ANA*).

A Fundação Rockefeller é criada em 1913, nos Estados Unidos, com o objetivo de promover, neste e em outros países, o estímulo à saúde pública, ao ensino, à pesquisa biomédica e às ciências naturais, centralizando as ações filantrópicas praticadas pela família Rockefeller desde o final do século XIX. A fundação é definida como organização beneficente, não governamental, que utiliza seus próprios recursos para financiar atividades de bem-estar social em vários países do mundo, sobretudo nas regiões mais pobres. No campo da educação, a diretriz é incentivar o ensino superior nas áreas de medicina, saúde pública e ciências biológicas e, no que se refere à ação médico-sanitária, a preocupação central volta-se para o controle de doenças endêmicas, especialmente a ancilostomose, a malária e a febre amarela. Foi assim, com essa dupla experiência nas áreas de educação

e de combate às endemias, que a Rockefeller se preparou para atuar em países estrangeiros, tanto na Ásia, África, América Latina ou na Europa (Faria, 2007).

Além da participação em campanhas sanitárias nos Estados Unidos e no exterior, a Fundação Rockefeller incentivou a criação de escolas de saúde pública e a concessão de bolsas de estudos para jovens pesquisadores. O objetivo era a formação de pessoal qualificado para atuar na área de saúde pública, com a premissa de que tais escolas seriam capazes de formar elites profissionais para o campo (Castro Santos e Faria, 2004).

No âmbito mundial, a Fundação Rockefeller teve, assim, atuação pioneira na concessão de bolsas de estudos para a ciência médica e a saúde pública (Faria, 2007). A fundação enfatizava o espírito de investigação e o caráter interdisciplinar da formação e da atuação do profissional dedicado à “ciência” e à “arte” da higiene. Definia-se, dessa forma, uma nova concepção na área da saúde pública que conferia prioridade à educação sanitária, ao combate às doenças infecciosas, às visitas regulares, aos exames médicos periódicos, à formação de profissionais, entre outras atividades (Castro Santos e Faria, 2004).

Abordar o impacto da Rockefeller na formação de recursos humanos nos conduz a pôr em destaque a valorização do papel do profissional e das instituições de saúde pública na sociedade. Não se pode entender a formação de sanitaristas, médicos, enfermeiras, sem se levar em conta, também, a criação, pela Rockefeller, de instituições científicas voltadas para o ensino e a pesquisa na área biomédica. As origens da profissionalização médica e sanitarista estão fortemente associadas à filantropia em larga escala e à cooperação internacional. São poucos conhecidos os processos pelos quais a Fundação Rockefeller, por intermédio de sua Divisão Sanitária Internacional – a IHB – operou como canal de disseminação e institucionalização de carreiras científicas e funções técnicas nas áreas da medicina e da saúde pública, no período entre-guerras, em dezenas de países (Castro Santos e Faria, 2004).

No entanto, foi apenas no início do século XX, com o aumento da imigração e a crescente preocupação governamental com a saúde, que as agências

governamentais e voluntárias cresceram. Na virada do século, a enfermagem de saúde pública era o terceiro maior empregador de enfermeiras treinadas (Sauthier e Barreira, 1999).

Tal crescimento, em números, é demonstrado no seguinte quadro:

Quadro I – Relação de organizações e enfermeiras, em número, de 1901 a 1921, relativos a enfermagem de saúde pública, nos EUA.

Ano	Organizações	Enfermeiras
1901	58	130
1905	200	400
1914	1992	5152
1919	3094	8770
1921	4024	11000

Fonte: Relatório Goldmark – Acervo do Centro de Documentação (CEDOC) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Pode-se notar, então que havia um grupo de trabalhadores disponíveis, insuficientes, é verdade, mas que crescia rapidamente nos EUA.

Junto a esse crescimento da enfermagem de saúde pública, destaca-se o movimento de saúde pública, que ia tomando força nos EUA. Tal movimento iniciou-se com o objetivo de saneamento da comunidade e controle de doenças. Com o passar dos anos, pode-se perceber que os principais problemas de saúde existentes nos EUA, como a tuberculose e mortalidade infantil, poderiam ser resolvidos com apenas higiene pessoal, ou seja, uma alteração diária nos hábitos individuais. Tais mudanças nos hábitos diários das pessoas foram concluídas em apenas um significado – educação. Sendo assim, o movimento de saúde pública vinha treinando, até fins da década de 10, uma campanha de educação popular, quando se iniciou o desenvolvimento do Relatório Goldmark (Goldmark, 1923).

Em dezembro de 1918, nos EUA, a convite da Fundação Rockefeller, foi promovida em Nova York uma conferência de pessoas interessadas no desenvolvimento da enfermagem de saúde pública. No encontro discutiu-se o status da enfermagem de saúde pública nos EUA e o nível educacional desejável para o treinamento necessário ao seu pessoal.

Como resultado desta discussão, foi elaborado um pedido ao presidente da Fundação Rockefeller, através de um comitê, para estudar as questões focadas, como o curto período de formação; visando também preparar uma proposta definitiva para um curso de treinamento destinado às enfermeiras de saúde pública, a partir de suporte financeiro provido pela Fundação. Este grupo viria compor, em janeiro de 1919, o comitê para estudo da educação em enfermagem, que resultaria, alguns anos depois, no Relatório Goldmark (Silva Junior, 2003).

O Relatório Goldmark e o Grupo Subsidiário de Enfermagem

Em março de 1919, o comitê formado a partir da conferência promovida pela Rockefeller em 1918, denominado Comitê para o Estudo da Educação em Enfermagem de Saúde Pública, elegeu como presidente do grupo o Professor C.-E. A. Winslow. A condução das investigações ficou a cargo da eminente pesquisadora e assistente social, Miss Josephine Goldmark, cuja popularidade levou-lhe, em 1919, a tornar-se secretária do Comitê da Fundação Rockefeller para o Estudo da Educação em Enfermagem (Silva Junior, 2003).

Porém, em fevereiro de 1920, novamente por convite da Fundação Rockefeller, foi promovida uma segunda conferência de educação em enfermagem. Nesta oportunidade, a discussão centrou-se no treinamento apropriado de enfermeiras empregadas, não apenas em saúde pública, mas em hospitais e em serviços privados. Sendo assim, por solicitação da Fundação, o Comitê mudou seu objetivo central, de enfermagem de saúde pública para uma abordagem geral da educação em enfermagem (Silva Junior, 2003).

O relatório conclusivo, denominado, Nursing and Nursing Education in United States, datado de 1923, usualmente conhecido como Relatório Winslow-Goldmark, foi competente em estabelecer os avanços da educação em Enfermagem; particularmente através do estabelecimento de afiliações universitárias e procedimentos de acreditação nacional (Silva Junior, 2003).

O Relatório Goldmark inicia-se com uma Nota Introdutória, o Relatório do Comitê e o Relatório da Secretária, onde são abordados aspectos do relatório e que contém, de forma sintetizada, infor-

mações sobre todos os capítulos. Para efeito deste estudo selecionamos os pontos relativos a organização de um grupo subsidiário de enfermagem, discutidos nesta parte introdutória do relatório. O relatório abrangeu os grandes temas da enfermagem norte-americana, organizados em duas partes, A e B. A primeira, denominada Funções da Enfermeira, destacou as seguintes áreas: Enfermagem de Saúde Pública, a Enfermeira nos Serviços Privados e a Enfermeira nas Instituições. A Parte B do relatório, denominada Treinamento da Enfermeira, abrangeu os temas: O Hospital Escola de Enfermagem, Cursos de Treinamento para Enfermagem Subsidiária, Escola Universitária de Enfermagem e Cursos de Pós-Graduação. Estas temáticas subsidiarão outras análises em estudos posteriores.

Quando se descobriu que certos médicos, como os administradores de saúde pública, requeriam enfermeiras de maior qualidade do que as atuais no campo, enquanto outros desejavam meramente “mãos para médicos” com um mínimo de educação abaixo do presente padrão, parecia que havia razão em ambos os lados. O conflito aparente seria devido a uma diferença nos objetivos a serem encontrados.

“Para o cuidado da enfermidade aguda e séria para o trabalho de saúde pública, parecia certo que precisaríamos de alta qualificação natural e educação técnica sadia; para o cuidado de enfermidades crônicas e brandas e convalescença poderia bem ser que um tipo diferente de capacidade e treinamento fosse necessário” (Goldmark, 1923).

Parece claro para o comitê que desenvolveu o Relatório Goldmark (1923), que, se dois tipos de serviços de enfermagem eram desejáveis, a distinção deveria ser delineada não no solo econômico, mas de acordo com o tipo de enfermidade envolvida. Um caso de pneumonia, um caso de difteria, um caso grave de coração, por exemplo, exigiria um alto grau obtível de enfermagem, quer ele ocorra num palácio ou numa cabana. No estudo realizado por este comitê, afirmou-se que 118 enfermeiras graduadas, durante o período de três meses, gastaram um quarto de seu tempo em casos que podiam ter sido cuidados por um atendente do tipo parcialmente treinado. Uma estimativa um tanto similar foi obtida de 48 médicos praticantes,

21 acreditando que enfermeiras treinadas foram empregadas desnecessariamente por menos do que um quarto de seus casos, 17 colocando o valor entre a metade e três quartos, e 10 acima de três quartos.

Considerando o problema do serviço subsidiário de enfermagem, deve-se lembrar que não se estava lidando com novo desenvolvimento. Dos 300.000 enfermeiros e enfermeiras nos Estados Unidos em 1920, pouco mais da metade estavam abaixo dos padrões de enfermeira graduada. A “enfermeira prática”, o “atendente treinado”, era um fato existente; e na opinião de um grande número da profissão médica que utiliza seus serviços ela preenchia um lugar real no problema complexo de cuidar do doente (Goldmark, 1923).

Se incluirmos as enfermeiras registradas e treinadas (149.128), os enfermeiros estudantes de hospitais (54.953), e a estes adicionar o número de enfermeiros práticos e atendentes (151.996) como constituindo o corpo inteiro de pessoas ocupadas em cuidar do doente, temos totalmente uma enfermeira, treinada ou não, para cada 294 pessoas de boa saúde. Isto parece dar uma provisão adequada se somente os números forem considerados, desde que uma distribuição correta possa ser garantida (Goldmark, 1923).

Por outro lado, o perigo na existência de um grupo livremente definido e desregulado de trabalhadores parcialmente treinados, no mesmo campo com um tipo mais altamente educado, constituía uma séria e real complicação. A profissão de enfermeira vinha desempenhando o dever fundamental para o público de estimular o desenvolvimento de leis de registros que definiam e delimitavam a prática desta profissão, e protegiam a comunidade contra a fraude e exploração daqueles que cobravam taxas e assumiam responsabilidades para quais suas qualificações não eram autorizadas. Em adição ao registro de enfermeiras treinadas, seria essencial que o grau mais baixo do serviço de enfermagem fosse também definido e registrado; e os estados de Nova York, Missouri, Califórnia, Michigan e Maryland deram passos definidos em decretar a legislação para este fim (Goldmark, 1923).

O nome que seria selecionado para o grupo subsidiário foi um problema difícil. Como era muito freqüente, o caso da origem do desacordo

situava-se amplamente em nomenclatura. O título “assistente” era desagradável àqueles que o suportavam e tendia a desencorajar o recrutamento daqueles que desejam entrar neste campo. Por outro lado, o termo “enfermeira prática” assumia uma das mais infortunadas antíteses entre educação e prática; e o esplêndido profissional e serviço público prestado pela enfermeira na guerra e na paz, outorgava a ela a proteção de sua categoria profissional existente. Acreditava-se que o termo “auxiliar de enfermagem” ou “assistente de enfermagem” melhor satisfaria a necessidade para uma diferenciação clara, enquanto providenciaria ao trabalhador subsidiário com um nome adequado (Goldmark, 1923).

Com dois graus distintos de serviços disponíveis, o médico particular seria responsável pela escolha de uma enfermeira treinada ou uma auxiliar de enfermagem (ou assistente de enfermagem) em dada ocasião (Goldmark, 1923).

Existiam facilidades para o treinamento do trabalhador subsidiário. É óbvio que cursos em casa de enfermagem de poucas semanas de duração, embora o mais vantajoso em disseminar um tanto do conhecimento que todas as garotas e mulheres deveriam possuir, de maneira alguma era suficiente como preparação para a prática da profissão. Quando eles eram anunciados como adequados para este fim, tais cursos poderiam fazer mais mal do que bem, - como evidenciados pelo fato que “graduados” de tais cursos, após 48 horas de treinamento, praticavam como enfermeiras qualificadas e recebiam \$ 5 por dia por seus serviços (Goldmark, 1923).

O número de graduados por tais cursos era, entretanto, pequeno e seu controle após a graduação, frouxo e insatisfatório. Desde que a existência do grupo subsidiário de enfermagem passou a ser um fato concreto, e em vista de resultados valiosos serem derivados do serviço deste grupo num campo definitivamente limitado, parece óbvio que uma provisão específica deveria ser feita para o treinamento dos trabalhadores deste tipo (Goldmark, 1923).

O campo para o treinamento de assistentes de enfermagem parecia ser um campo amplo. O hospital especial não servido pela afiliação com a escola de enfermagem, e o pequeno hospital geral,

cujas facilidades eram inadequadas para a conservação do nível do padrão da escola de enfermagem, deveriam ser considerados como campo de treinamento. No grande hospital geral, cujas oportunidades não eram totalmente utilizadas pelas alunas enfermeiras, não havia objeção válida para o treinamento do grupo subsidiário, desde que este fosse conduzido em enfermarias separadas e distintas, de modo que o sacrifício de interesses de cada um dos dois grupos de alunas pudesse ser evitado (Goldmark, 1923).

A exigência para a admissão deveria ser um curso escolar de gramática, ou seu equivalente. E o período de treinamento deveria ser de, aproximadamente, 8 ou 9 meses (Goldmark, 1923).

Um desenvolvimento útil no treinamento de auxiliar de enfermagem era esperado apenas quando os padrões das escolas para tais auxiliares e suas atividades após graduações fossem controladas por um sistema apropriadamente salvaguardado da legislação do estado (Goldmark, 1923).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até 1890, nos EUA, a única meta da enfermagem era a perfeição no trabalho prático. Na virada do século, a enfermagem começou a buscar a sua autonomia profissional mediante a regulamentação da profissão. No início do século XX, com o aumento da imigração, a ocorrência de endemias e epidemias, houve também uma crescente preocupação governamental com a saúde, o que fez com que as agências governamentais e voluntárias crescessem. A enfermagem de saúde pública passou a ser o terceiro maior empregador de enfermeiras treinadas. Junto a esse crescimento da enfermagem de saúde pública, destacou-se, nos Estados Unidos, o movimento de saúde pública.

Tal movimento de saúde pública, junto ao interesse e atuação da Fundação Rockefeller nos Estados Unidos e em outros países, tem como marco definitivo o desenvolvimento do estudo da educação em enfermagem, publicado em 1923, conhecido como Relatório Goldmark.

O problema do serviço subsidiário de enfermagem não era um fato novo nos Estados Unidos. Estes tinham uma educação muito abaixo do padrão considerado adequado, e por isso considerava-se perigoso a existência de um grupo livre-

mente definido e desregulado de trabalhadores parcialmente treinados no mesmo campo onde um tipo mais altamente educado, a enfermeira, estaria atuando.

A partir desta situação, o Relatório Goldmark, propõe, desde a definição de um nome adequado para este grupo, “auxiliar de enfermagem” ou “assistente de enfermagem”, como aspectos para sua formação, regulamentação e atuação.

Todas as propostas feitas pelo relatório tinham como objetivo definir, delimitar e regular a prática desta profissão; proteger a comunidade contra a fraude; evitar a exploração daqueles que cobravam taxas e assumiam responsabilidades para quais suas qualificações não eram autorizadas; e, além de tudo, diferenciar estes profissionais das enfermeiras.

REFERÊNCIAS

- Baer, ED., 1985, jan-feb. Nursing's divided house – an historical view. *Nursing Research*, 34(1): 32-38, USA.
- Castro Santos LA, Faria LR, 2004 jul/dez. A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo. *Horizontes*; 22(2): p.123 – 150.
- Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, 1923. Report of the Committee for the Study of Nursing Education. *Nursing and Nursing Education in the United States*. New York: The Macmillan Company, p. 07-32.
- Faria, L, 2007. Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 77-81.
- Félix LO, 1998. História e Memória: a problemática da pesquisa. Passo Fundo (RS): Ediupf, p. 18.
- Garcia, EV, 2005. Cronologia das Relações Internacionais do Brasil. 2 ed. rev., ampl. e atualizada. Rio de Janeiro: Contraponto; Brasília, DF: Fundação Alexandre de Gusmão, p. 128-135.
- http://www.tiosam.com/enciclopedia/?q=Gripe_Espanhola (acessado em 09/12/2007).
- Mendonça, PK., 1994, julho-agosto. Documentos Históricos: na sala de aula. *Primeiros Escritos*, nº 1, p. 01-09.
- Sauthier J, Barreira IA., 1999. As enfermeiras norte-americanas e o ensino da enfermagem na capital do Brasil: 1921 – 1931. 1a ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora EEAN/UFRJ, p. 29-40.
- Silva Junior OC., 2003. A profissionalização da enfermagem nos Estados Unidos da América do Norte: a proposta educativa do Relatório Goldmark, 1923. [Relatório de pós-doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social/ UERJ, p. 01-11.
- Tuchman, BW, 1992. O Telegrama Zimmermann (Como os Estados Unidos entraram na Primeira Guerra Mundial). Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: José Olympio, p. 168-181.



ANTROPOLOGÍA

CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA DE CUIDADOS A INMIGRANTES MARROQUÍES

Isabel Gentil García

Diplomada en Enfermería. Doctora en Antropología Social y Cultural.

Profesora E. U. Enfermería, Fisioterapia y Podología

Universidad Complutense de Madrid



CONSIDERATIONS CONCERNING THE PRACTICE OF CARING FOR MOROCCAN IMMIGRANTS

SUMMARY

Nursing has a need for knowledge in order to approach the new challenges faced by a so different current social reality, which urges us to care for people of other cultures. This work aims to provide some keys for the improvement of our performance and to obtain higher efficiency regarding health care given to Moroccan immigrants. This work is the result of a qualitative research and interviews carried out within my experience with immigrant Moroccan population. As a conclusion, the perception and experiences of health and disease vary according to the culture of origin, and our professional experience cannot be extended in an equal manner to individuals of different cultures.

KEY WORDS: Nursing. Moroccan immigrants. Health.

RESUMEN

Enfermería tiene necesidad de conocimientos para abordar los nuevos retos con que se enfrenta ante una realidad social distinta a la de años atrás y que nos lleva a tener que desarrollar los cuidados con personas de otras culturas. Con este trabajo se pretende contribuir a proporcionar claves que mejoren nuestras actuaciones y conseguir mayor eficacia en las actividades de cuidados con inmigrantes marroquíes. El trabajo es el resultado de numerosas conversaciones y reflexión cualitativa realizada desde mi experiencia de trabajo con población emigrante marroquí. Como conclusión, la percepción y experiencias de salud y enfermedad son particulares según la cultura de pertenencia, y nuestra experiencia profesional no pueden aplicarse de forma idéntica a individuos de otras culturas.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Inmigrantes marroquíes. Salud.

INTRODUCCIÓN

La Protección a la salud es un derecho fundamental de todos los seres humanos, así queda recogido en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Como profesionales de la salud debemos sentirnos comprometidos con la salud de los ciudadanos. Quizá, en estos momentos, el grupo más vulnerable en relación a la pérdida de salud es

la población inmigrante, por múltiples motivos (Gentil 2002). Por ello, profundizar en el conocimiento de sus percepciones y actitudes en relación a la salud y la enfermedad, parece imprescindible para poder actuar como agentes de salud (Leininger 1999).

En España los marroquíes son, en números absolutos, la población inmigrante más numerosa (INE 2005), y quizá también la primera en despertar en los profesionales de la salud, la necesidad de ampliar nuestra formación en el conocimiento de la diversidad cultural.

Geertz (1987) decía que los humanos no nacemos a una especie: no nacemos hombres, nacemos a una cultura: nacemos musulmanes, japoneses, españoles, navajos etc. La herencia cultural nos precede, está ahí antes de que cada uno de nosotros nazca, nos acompaña, nos modula y va a dar una inmensa diversidad en pautas de conducta, en creencias y valores. El ambiente cultural que nos pre-existe influye en qué y cómo vamos a percibir y pensar el mundo que nos rodea; a su vez, las categorías de pensamiento van a influir en las pautas de comportamiento. Al mismo tiempo, los comportamientos que favorecen la adaptación generarán justificación ideológica para sustentarlos. Es un proceso dialéctico continuo que se retroalimenta, contrario a la idea de estatismo.

Aunque los inmigrantes marroquíes que vienen a España son muy diversos (Marruecos es un país de gran variedad, hay distintas etnias: beréberes y árabes; difieren en la zona de procedencia: rural o de las grandes urbes, difieren en el grado de formación, desde analfabetos hasta universitarios) lo que unifica la identidad de todos ellos es el Islam (Motilla 2004).

En la configuración de la identidad tanto individual como social desempeña un papel esencial las “representaciones sociales”. Jodelet (1989) y Moscovici (2000), Moscovici son los principales investigadores dedicados al tema de las representaciones sociales, entendiéndolas como la manera en que los sujetos sociales aprehenden los acontecimientos diarios, las características del medio y las informaciones que en él circulan. Señalan que las representaciones sociales se imponen a los individuos con una fuerza tal que llegan a parecer tener la misma objetividad que las cosas naturales,

imponiéndose a los sujetos con la lógica de “lo natural”, por ello es tan difícil cuestionarnos nuestra forma de realidad. La llamada “lógica natural” es una construcción social.

Además se utilizan como guía para la actuación concreta. Es decir, las representaciones sociales no sólo intervienen en la percepción de la realidad social, sino también en su construcción. Para algunos autores lo que hace que un grupo se sienta un grupo es que comparte las mismas particulares representaciones sociales. No quiere decir que todos los componentes de un grupo deban compartir las mismas representaciones exactamente igual y en el mismo grado, sino que comparten el mismo “sistema de representaciones”.

OBJETIVOS

Se pretende describir y analizar, en la medida de lo posible, claves culturales del ser musulmán para mejorar las actividades profesionales en Enfermería en relación a los cuidados a inmigrantes marroquíes.

METODOLOGÍA

La metodología es cualitativa: observación participante y, más que entrevistas en profundidad, numerosas charlas continuadas a lo largo de nueve años en un centro de voluntariado social. Además de lecturas y reflexiones derivadas de mi experiencia de trabajo con población emigrante marroquí.

REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN EL ISLAM

No todos los emigrantes marroquíes son creyentes, pero sí una inmensa mayoría, y los pocos que no lo son, se sienten identificados con la cultura musulmana y comparten muchas de sus representaciones sociales. Para los creyentes tanto el libro sagrado, el Corán, como los *ahadiz*, (plural de *Hadiz*) constituyen la *sharia* (ley). Los creyentes están obligados a vivir según la *sharia* que contienen las respuestas a todas las preguntas o dudas que los hombres puedan hacerse en esta vida. El Corán se entiende como la palabra de Alá revelada al profeta y es el código que rige el conjunto de comportamientos sociales. Los *ahadiz* o relatos del profeta, son palabras dichas o hechos realizados por Mahoma y que completan lo anterior.

La palabra Islam significa sumisión y el creyente asume la sumisión de todo lo creado al Creador. El Corán proclama la sumisión de toda criatura a Alá soberano de los destinos, por lo tanto implica la aceptación de la situación, ya que lo que sucede siempre será porque Dios así lo quiere. Observamos lo habitual que es, al hablar con personas de Marruecos, oírles la frase “Dios lo quiso” en relación a cualquier hecho pasado, bueno o malo. Igualmente la frase “Dios lo quiera”, Inch Allah, utilizada siempre cuando se hacen proyectos para el futuro. La aceptación a la voluntad de Alá es una constante en sus vidas.

SALUD-ENFERMEDAD

Salud-enfermedad y representación social sólo se podrán analizar y comprender juntas, ya que las representaciones sociales influyen en la forma de entender la salud y la enfermedad, construyen las formulaciones teóricas sobre sus causas, y organizan las prácticas terapéuticas que siempre estarán en coherencia con una determinada cosmovisión.

LA SALUD

Tener salud lo consideran un gran bien, es lo mejor que puede sucederle a una persona. Numerosos dichos del Profeta lo atestiguan: “la salud es un tesoro oculto y un lujo invisible.” (Hadiz), “pídele a Allah por salud, pues a nadie le es dado nada mejor que la salud.” (Hadiz), “pídele a Allah por perdón y salud. Después de la seguridad en la fe, nada le es dado a un hombre mejor que la buena salud.” (Hadiz).

La salud significa utilizar todas las capacidades dadas por Alá para así poder cumplir con la deuda contraída por el hecho de haber recibido la vida; además en el juicio después de la muerte les preguntarán a cada creyente cómo ha utilizado su vida y su cuerpo. El cuerpo hay que utilizarlo funcionalmente y a la vez mantener el espíritu paciente y sereno. “Aquél que se despierta por la mañana sano de cuerpo y de espíritu, y cuyo pan del día está asegurado, es uno que posee el mundo.” (Hadiz).

Para los emigrantes marroquíes la salud también es la premisa para poder trabajar. No olvidemos que el motivo más frecuente para emigrar es el económico y la buena salud es lo que garantiza

poder trabajar y tener un salario, aunque a veces llegan a la sobre explotación de su cuerpo, esto es cuando trabajan sin papeles, por “acuerdo” con el contratador. “Si no trabajo mucho, mucho, otro día ya no me cogen” (informante). Los trabajos que realizan exigen fortaleza y resistencia física, lo que hace que muchas veces sean percibidos, exclusivamente, como fuerza de trabajo, no como personas que trabajan. “A mi me cogen porque saben que yo siempre trabajo trabajo trabajo, y descanso poco” (informante).

LA ENFERMEDAD

La enfermedad, aunque enviada por Dios, no se considera un castigo divino, “no hay culpa ni para el ciego, ni hay culpa para el cojo, ni hay culpa para el enfermo” (Hadiz). Además “todo lo que te afecta, enfermedad, agotamiento, dolor, tristeza, angustia e incluso el simple pinchazo de una espina, por parte de Dios, hace que merezcas la remisión de una pequeña parte de tus pecados.” (Hadiz). Por lo tanto la enfermedad es considerada como una prueba, ellos dicen que es la cadena con la que Alá aprisiona al que ama. La enfermedad por tanto deberá soportarse con resignación para ganar la vida eterna.

Aunque la enfermedad debe aceptarse, al mismo tiempo es obligación preocuparse por buscar la curación, pues ya hemos dicho que la salud siempre debe ser deseada. En primer lugar pidiendo a Alá por la salud, “Ninguna petición es mas complaciente para Allah, que la petición por la salud.” (Hadiz). Esta petición es individual y también colectiva, “Si hay uno enfermo toda la gente pide en la mezquita por el que está enfermo, cuando terminan de rezar en la mezquita, todos hacen así con las manos a Dios, todos, hay doscientas personas, cuatrocientas y dicen, este señor, por ejemplo, pobrecillo, está enfermo” (informante). En segundo lugar hay que ponerse en marcha para buscar el remedio, “Oh siervos de Allah, buscad tratamiento médico. Allah ha puesto un remedio para cada enfermedad, claro para quien lo conoce y oscuro para quien no lo conoce.” (Hadiz). Es importante para ellos saber que si Dios ha creado la enfermedad también ha creado el remedio. “No hay enfermedad que Allah haya creado, sin que haya creado también su tratamiento.” (Hadiz).

En la cultura musulmana es más fuerte el concepto de perder la salud que el de tener una enfermedad, que es nuestro caso. La enfermedad se entiende como deterioro, abandono, pérdida de fuerza física, de la buena digestión, de la buena vista, del buen razonar. En nuestra tradición la enfermedad es más presencia que pérdida. Es más tener tal enfermedad que haber perdido la salud. Es tener un microorganismo, un tumor, glucosa, dolor, colesterol. Así nuestra medicina alopática debe eliminar, extraer, combatir, luchar contra el intruso que es la enfermedad. Utilizamos antibióticos, antiinflamatorios, antipruriginosos, antidepresivos, la cirugía extrae, la quimioterapia elimina, los antibióticos matan. En la tradición musulmana se busca más el reponer, el sumar que el eliminar, el restar. Así es mejor introducir y como Alá que da la enfermedad también da el remedio, éste se encuentra fundamentalmente en la naturaleza: hierbas, plantas...

EL PROFESIONAL DE LA SALUD

En mis relaciones con inmigrantes marroquíes compruebo que el ser enfermera provoca respeto y me da un cierto prestigio. Cuando llega alguna persona nueva es frecuente que le digan, refiriéndose a mí: "Ella es médico", yo rectifico: "no, médico no, enfermera". "Bueno, es igual, tú sabes de medicina".

Y es que al Profeta se le considera, y él mismo se consideraba, médico y modelo perfecto de ser humano, es el ejemplo perfecto de conducta humana. Inspirado por Alá curó heridas, prescribió tratamientos, dio consejos dietéticos e higiénicos. Con el conjunto de consejos médicos de Mahoma a sus compañeros se elaboró un cuerpo de medicina.

En el Islam lo ideal es que el médico sea un hombre de buen corazón y compasivo, además, sólo un hombre de buenas costumbres puede ser un buen médico. Se produce una dialéctica tal que el buen médico vuelve a recibir en sí todo el bien que ha hecho a los demás y cuanto más bien recibe mejor médico será, y a su vez podrá dar más bien que recaerá sobre él. "Si haces un bien a ti te lo haces y si haces un mal a ti te lo haces". "Quien obra bien lo hace para sí" (El Corán 41, 46). Pero el médico no sería nada si no tuviera la ayuda de Alá, el Gran Médico. "Tú eres un amigo, Allah es

el médico." (Hadiz). Alá es quien conoce la enfermedad y el remedio, por eso entienden que quien cura es Alá y el médico es el instrumento que Él utiliza para llevar la curación. "Él es quien me alimenta y me da de beber y cuando me pongo enfermo Él me cura." (El Corán 26, 78-80)

Para enfermedades y problemas de mujeres el ideal es que el médico sea mujer; igual que una mujer médico para atender ciertos problemas de hombres puede resultarles difícil. Hay un pudor entre géneros y entre jerarquías, como puede ser padres e hijos para enseñar el cuerpo o para hablar de ciertos temas. En una ocasión en que unos padres me consultaban por el intenso prurito anal que tenía su hijo de seis años, ya que la pomada antihemorroidal comprada en la farmacia donde habían consultado el problema, no le solucionaba nada, como yo pretendía saber si al niño le habían visto la región anal, o si habían observado en las heces algo, el padre, que es quien hablaba, pues él tenía mejor conocimiento del idioma español, me dijo: "tu no sabes, pero nosotros no hablamos de esas cosas con los hijos, no podemos".

TERAPIAS

La curación no está ligada a una exclusiva o determinada forma de terapia. Se considera que cada enfermo es único, su situación y circunstancias son únicas; por lo tanto el tratamiento para su enfermedad será único, específico para él. "Hay un remedio para cada enfermedad y, cuando el remedio se aplica a la enfermedad, ésta se cura con el permiso de Allah." (Hadiz).

Tienen interiorizado que para cualquier terapia hay que tener presente estos dos principios: uno, mejor lo que es más económico: "Allah no ama a los que derrochan." (El Corán 6, 141). Por esto les provoca gran desconcierto los tratamientos que no curan, como sucede con las enfermedades crónicas que no tienen tratamiento curativo, sino que se busca prevenir recidivas, o entretener el proceso mórbido. "Aquí hay médicos que hacen gastar dinero para no curar ¿por qué hacen eso?" (informante). Y dos, lo que produzca menos daño como efecto secundario: "Allah odia el daño hecho a cualquier musulmán." (Hadiz), y por esto entender que haya tratamientos que provoquen graves efectos secundarios es difícil de aceptar.



Todos los tratamientos naturales (plantas, hidroterapia, masajes) son muy bien aceptados y tienen mucho prestigio en la tradición musulmana, que es recogida en una sabiduría popular transmitida de generación en generación. Los inmigrantes marroquíes descubren con regocijo que en España existan, en los mercadillos ambulantes, puestos donde se venden plantas curativas que tanto les recuerda a Marruecos. Aunque la medicina científica tiene prestigio, pero a la vez, la perciben como algo ajeno a ellos. Me sorprende oírles, a veces, ante ciertas situaciones en relación a los tratamientos de la medicina occidental: “eso es bueno para vosotros”, “eso está bien para vosotros”, “el Corán no dice así, sabes, mejor cada uno con su religión” (informantes) y contarme con ilusión que han descubierto tal puesto de plantas en el mercadillo, “igual igual que en Marruecos” (informante). El que en España perduren la venta de plantas a pesar de que la medicina científica está tan extendida les reafirma en sus creencias sobre que “el remedio para la enfermedad está en la naturaleza, no en la química” (informante).

La medicina occidental se percibe con ambivalencia, por una parte se sobredimensiona su efectividad, “¿a qué aquí, en España, si el hígado ya no funciona te le sacan y te ponen otro que sí que funciona?”, me preguntaba un joven marroquí para que le contestara afirmativamente delante de su amigo, al que trataba de convencer que estas cosas maravillosas se hacían en la medicina española; y por otra se percibe con distancia como algo ajeno a ellos. Sin embargo algunos de los que han estado

hospitalizados, después de romper el temor, la perciben como un privilegio y con un deslumbramiento o enamoramiento hacia ella, de tal forma que luego pueden demandar consulta por cualquier molestia pasajera. Aunque para el malestar psíquico prefieren la medicina tradicional (plantas, magia, palabra). Hay enfermedades propias para cada medicina.

El malestar psíquico derivado de su frágil situación de inmigrantes (problemas económicos, problemas sociales, cargas familiares, soledad, desarraigo), somatizado o no, puede resolverlo el fqiuh, persona de santidad, conocedora del Corán y su exégesis. Para ciertas enfermedades sólo el fqiuh es capaz de interpretar e instrumentalizar los designios de Alá. “El tratamiento de las enfermedades está dentro de lo predestinado por Allah. Si Él ha decretado que tal cosa ocurrirá por tal y tal causa, ello ocurrirá cuando aparezca esa causa.” (Hadiz).

DISCUSIÓN

Para los inmigrantes marroquíes, como para cualquier otro colectivo, la interpretación de procesos vitales importantes como es la salud enfermedad, se hace dentro del marco cultural en el que han sido enculturizados. En su caso es la sunna o reglas tradicionales.

Tanto si se tiene salud como si se tiene enfermedad es por la intervención directa de Alá, por lo tanto, debe aceptarse con sumisión (islam). Pero también han aprendido que deber de todo creyente es buscar el remedio para sanar en caso de enfermar. El remedio existe, pues Alá ha creado remedio para todas las enfermedades. Tradicionalmente éste se hallaba en la naturaleza, de aquí su especial aprecio a las plantas medicinales. Situados hoy en el país de acogida donde la medicina tecnificada ha logrado avances quirúrgicos sorprendentes, los admiten. Saben que la curación es obra de Alá, y él se vale de cualquier instrumento para realizarla. Aunque hay enfermedades del espíritu que sólo sabe tratarlas el fqiuh. Precisamente estas enfermedades que afectan al psiquismo, son las derivadas del desarraigo de la emigración. El profesional de la salud siempre será respetado por ejercer uno de los trabajos más dignos, ya que el Profeta también fue médico.

CONCLUSIONES

Cuando planifiquemos los cuidados deberemos tener en cuenta que cada orientación dirigida a modificar una creencia etiológica, una actividad terapéutica o un hábito de vida, pone en juego, en la persona que lo recibe, todo un complejo de valores, de creencias, de ideología, de una determinada manera de entender el mundo, de una determinada forma de entender el lugar y el papel de uno mismo en el mundo, de relaciones sociales, de relaciones jerárquicas, de relaciones familiares, de costumbres, así como el valor dado a otras medicinas. Se pone en juego toda la identidad individual y social a la cual necesita asirse el emigrante para no perderse como persona en un mundo totalmente nuevo, desconocido, que provoca temor e incertidumbre.

Los profesionales de enfermería cuando realizamos actividades de cuidados enviamos mensajes que no son neutros, aunque no lo creamos, llevan contenido ideológico y cultural sobre formas de ser o percibir el mundo, por ello, al interactuar con personas de otras culturas debemos intentar comprender sus valores culturales y colocarnos en situaciones en que ellos nos puedan comprender, pues nuestra formación como profesionales de la enfermería debe hacer que estemos formados para conocer otros significados en relación a salud y enfermedad en una sociedad cada día más multicultural. No debemos colocarnos en situaciones sin antes haber reflexionado: ¿ésta situación se puede trasplantar a su experiencia? No pretender nunca

que nuestra experiencia es la lógica y universal. Intentar ponernos en su experiencia de vida.

Pretender ingenuamente que mediante el sólo consejo o recomendación sobre prácticas que nosotros creemos saludables y beneficiosas, vayan a aceptarlas y a modificar su comportamiento, no encierra por nuestra parte más que ignorancia, ¿pretendemos que nos crean ciegamente? También muchas veces prepotencia, la prepotencia del que se cree superior, más “desarrollado”, más culto; actitud, por otra parte, que es percibida por ellos, pues al estar en una situación social más lábil y de menor dominio de la lengua, les coloca en alerta hacia la percepción del lenguaje no verbal. “Fui con mi mujer al médico y allí nos miraban mal y se reían de ella porque lleva chilaba y pañuelo, ¡se reían de ella!” (informante)

BIBLIOGRAFÍA

- El Corán (1999). Editorial Óptima, Barcelona.
- Gentil García I. (2002) Estudio sociosanitario en población inmigrante marroquí. *Cultura de los Cuidados* 12, 40-46.
- Geertz C. (1987) *La interpretación de las culturas*. Gedisa, Barcelona.
- Instituto Nacional de Estadística 2005
- Jodelet D, Moscovici S. (1989) *Folies et représentations sociales*. Presses Universitaires de France, Paris.
- Leininger M. (1999) “Cuidar a los que son de Culturas Diferentes Requiere el Conocimiento y las Aptitudes de la Enfermería Transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 6, 6-8.
- Motilla A. (edr). (2004) *Los musulmanes en España. Libertad religiosa e identidad cultural*. Trotta, Madrid.
- Moscovici S. (2000) *Social representations: explorations in social psychology*. Cambridge: Polity Press, Cambridge.



CONSUMO DE ALIMENTOS EN INMIGRANTES DE ELDA Y COMARCA

Manuel Gallar^{1,2}, Juan Maestre¹, Manuel Lillo²,
Isabel Casabona², Juan Mario Domínguez²

¹Departamento de Sanidad. Instituto La Melva. Elda (Alicante).

²Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.



FOOD CONSUMPTION OF IMMIGRANTS IN ELDA COUNTY

SUMMARY

In Spain, immigration is a recent and exponentially increasing phenomenon. In the geographical area corresponding to the department of health no.18, most immigrants come from South America, Morocco and Rumania. The feeding patterns of these people have a strategic value regarding culture and health. We present a work in which 170 immigrants have been interviewed, with the aim of assessing one of the main aspects: food consumption. The results indicate that immigrants maintain a balanced consumption of immediate principles, although some basic foods groups are insufficiently consumed by them. In addition, the length of their stay could be considered a crucial factor towards the assimilation of the currently unbalanced nutritional pattern of Spanish people.

KEY WORDS: Eating habits, immigrants, communitarian nutrition.

RESUMEN

En España, la inmigración es un fenómeno reciente y creciente exponencialmente. En la zona geográfica correspondiente al departamento de salud 18, la mayor parte es de procedencia sudamericana, marroquí y rumana. La alimentación de estos colectivos posee un estratégico valor cultural y sanitario. Presentamos un estudio en el que se ha entrevistado a un total de 170 inmigrantes, que tiene por objetivo valorar uno de los aspectos clave de la alimentación: el consumo de alimentos. Los resultados apuntan a que los inmigrantes mantienen un consumo equilibrado de principios inmediatos, si bien algunos grupos alimentarios básicos son consumidos insuficientemente. Además, el tiempo de estancia parece ser un factor de adaptación al patrón nutricional desequilibrado propio de los españoles.

PALABRAS CLAVE: Hábitos alimentarios, inmigrantes, nutrición comunitaria.

INTRODUCCIÓN

En España, la inmigración es un fenómeno reciente y creciente. Los últimos datos del padrón municipal publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2007), correspondientes a 2005 revelan que en nuestro país residen cerca de 4 millones de extranjeros, unas 4 veces más que en 2000. A estas cifras habría que añadir los inmigrantes sin papeles, que aún no existiendo datos reales se estiman en más de 600.000 personas según fuentes distintas a las de organismos oficiales del Estado.

Por áreas geográficas de procedencia, son los magrebíes, subsaharianos y latinoamericanos los más numerosos, seguidos de chinos y originarios de países del Este europeo. Según el INE, el núcleo

de inmigrantes procedentes de América del Central y del Sur son principalmente ecuatorianos y colombianos, siendo los marroquíes la mayor parte de los inmigrantes procedentes del continente africano. En cuanto a Europa, los principales países de procedencia son Rumanía, Bulgaria, Ucrania, Rusia y Polonia.

La concentración de inmigrantes en nuestro país es desigual: sólo las comunidades de Madrid, Cataluña y Valencia, concentran el 60% de la población extranjera (Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, 2004).

En el área geográfica correspondiente al Departamento de Salud 18, el fenómeno de la inmigración es especialmente significativo en las décadas de los 60 y 70 con la llegada de andaluces y manchegos, que conllevó un espectacular incremento demográfico de nuestra población y a la llegada de costumbres y tradiciones que con el paso de los años se han hecho autóctonas, valgan como ejemplo el gazpacho manchego o la gachamiga, tan apreciados en todo el Alto Vinalopó.

En los últimos años, el Departamento de Salud 18 está experimentando flujos emigratorios hacia poblaciones vecinas debido fundamentalmente al precio de la vivienda, y de igual forma flujos inmigratorios de población extranjera que de alguna forma han frenado el descenso de población, reflejándose en los censos de los últimos años.

Como ejemplo, en Elda habían 2305 inmigrantes censados cuando se comenzó el estudio, lo que representaba aproximadamente el 5% del total de la población, sin tener en cuenta aquellos que no estaban censados. Por países de origen los colombianos son la comunidad más numerosa (50%), seguido de ecuatorianos (18%) y con bastante diferencia conforman el resto de población inmigrante, los asiáticos, africanos, resto de sudamericanos y originarios de países del Este europeo. Estos datos son extrapolables al resto de las poblaciones del Departamento de Salud 18 según los censos recogidos de los distintos ayuntamientos.

Existen muchos datos que reconocen que el crecimiento económico actual no sería posible sin la aportación de los inmigrantes que representan actualmente el 5% de los cotizantes a la seguridad social, siendo éstos en parte los responsables del actual superávit de la Seguridad Social.

Por otra parte, los inmigrantes van a cubrir puestos de trabajo que muchos españoles ya no quieren, por ser excesivamente duros y/o precarios, como el cuidado de ancianos, servicio doméstico o en sectores como la construcción o agricultura.

Otro hecho a destacar es que la inmigración experimentada en los últimos años es la responsable de que España no entrara en "crecimiento negativo" (mayor número de defunciones que de nacimientos), según datos del INE y que la balanza demográfica a la que contribuyen los inmigrantes sea muy satisfactoria y necesaria para España.

No obstante, el fenómeno de la inmigración no es del todo positivo, ya que, a diferencia de los inmigrantes legales regularizados con contratos relativamente estables, derechos a la Seguridad Social, a la escolarización de sus hijos, etc., los "sin papeles" no solamente carecen de documentos sino muchas veces también de derechos, trabajando a menudo a cambio de salarios miserables y malviviendo en lamentables viviendas, siempre con el miedo de ser detenidos o de caer en redes de tráfico de drogas y de prostitución, por no hablar también de la marginación, rechazo social y racismo (contra parte de la población inmigrante), así como de los problemas sociales que generan.

A los problemas por falta de acceso a un trabajo normalizado, a la situación irregular de residencia, al hecho de vivir en zonas de riesgo social ele-



vado, y a los problemas relacionados con el lenguaje y del acceso a la red sanitaria pública, hay que sumar los problemas de importación de enfermedades típicas de los países de origen tales como tuberculosis, SIDA, paludismo, etc. (Guerrero y Colomina, 2004) y las enfermedades reactivas o de adaptación a que se ven expuestos debido a los estilos de vida en nuestro país (enfermedades cardiovasculares, asma, algunos cánceres...) lo que genera problemas importantes en el orden de la salud pública (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2001).

La alimentación es uno de los factores más enraizados en la cultura de los pueblos y que a los inmigrantes genera conflictos en el momento de asentarse en España, viéndose atrapados entre el patrón alimentario de sus países y las costumbres dietéticas nuestras; si a esto añadimos la desestructuración familiar en la que viven muchos y la falta de recursos económicos, se entiende que su situación les conduzca en muchas ocasiones a un cierto riesgo implícito de nutrición deficiente (malnutrición en niños, anemias ferropénicas y pautas dietéticas poco adecuadas en mujeres gestantes) o a dietas desequilibradas en adultos (Instituto de Salud Pública de Madrid, 2003).

Los inmigrantes tienden a adaptarse progresivamente al patrón dietético del país de residencia, lo que forma parte del proceso de aculturación; sin embargo, dicha adaptación podría devenir trastornos metabólicos diversos, amén de la sustitución de una dieta saludable por otra –la occidental– causante de patologías de alta prevalencia, tales como la obesidad, la diabetes, los trastornos cardiovasculares o el cáncer (Harrison, 2005).

Por todo ello consideramos imprescindible que se realicen estudios epidemiológicos sobre esta población emergente, lo que justifica el presente estudio, en el que pretendemos dar respuestas a los problemas y necesidades alimentarios y nutricionales que presentan el colectivo de inmigrantes residentes en el Departamento de Salud 18.

OBJETIVOS

a) Objetivo general: Estimar el consumo de alimentos, energía y macronutrientes de personas inmigrantes del área geográfica correspondiente al Departamento de Salud 18.

b) Objetivos específicos:

- Estimar las ingestas de energía y macronutrientes.
- Estimar y comparar la ingesta de alimentos con las recomendaciones para la población española.
- Comparar dichas ingestas con las recomendaciones para una dieta equilibrada.
- Estimar el consumo de tabaco, alcohol, bebidas refrescantes, zumos y suplementos.

MÉTODO

Tipo de estudio

Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo de diseño transversal.

Muestra

Población muestral: Todos los inmigrantes mayores de edad residentes en el área geográfica correspondiente al Departamento de Salud 18.

Tamaño de la muestra teórica: El tamaño de la muestra teórica quedó fijada en 100 encuestas de un total de 1581 censados, lo que supone un coeficiente de elevación de 1:16, pretendiéndose estimar con un margen de confianza del 95% y un 10% de error en las medidas de proporciones para los parámetros más desfavorables.

Se establecieron dos grupos de inmigrantes en función del país de origen, calculándose el tamaño de la muestra teórica para cada grupo por afijación proporcional.

Tamaño de la muestra real: Al comienzo de la realización del estudio se determinó ampliar la muestra de encuestados para asegurar una mayor fiabilidad, quedando como muestra real un número total de 170 personas. La selección de la muestra se llevó a cabo mediante método opinático por cuotas en centros de reunión de inmigrantes: cáritas, cruz roja, locutorios, etc.

Instrumentos

Cuestionarios

Se diseñó un cuestionario ad hoc, como entrevista estructurada que formada por varias partes: una parte consta de preguntas sobre hábitos alimentarios; otra corresponde a un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos semicuantitativo, y por último se incluye un recordatorio de 24 horas, completándose el cuestionario con datos de

filiación, edad, género, origen, lugar de residencia y tiempo de estancia.

Trabajo de campo

El trabajo de campo se desarrolló durante los meses de Enero y Febrero (2004), realizándose las encuestas con carácter de entrevista unipersonal en los talleres de Cáritas Interparroquial, Cruz Roja, locutorios telefónicos y en la sede de asociaciones de inmigrantes de las distintas localidades del área geográfica a estudio. Los entrevistadores entrenados fueron alumnos de último curso del Ciclo Formativo Superior de Dietética del Instituto La Melva (Elda).

Procesamiento de la información.

- Base de datos: la información se almacenó en formato ACCES.
- Análisis de composición de los alimentos: la conversión del consumo de alimentos a ingestas de energía y macronutrientes se llevó a cabo mediante la base de datos del programa DIET-SOURCE, versión 1.2, de Novartis. El consumo de alimentos viene referido en gramos-mililitros-unidades/día-semana. Las recomendaciones en la ingesta diaria de alimentos establecidas fueron las propuestas por el Ministerio de Sanidad y Consumo Español. Los datos de ingesta de alimentos de la población española fueron obtenidos de la encuesta anual del Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación.
- Análisis estadístico: los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS, versión

11. Para variables de distribución continua, se estimó la media y mediana como índices de tendencia central y desviación típica como índice de variabilidad. Para las variables categóricas se estimó la distribución de frecuencia relativa y se presentarán los datos en tablas y gráficos tipo sectores o barras.

RESULTADOS

- Género: el 59% de las personas entrevistadas fueron mujeres, y el 41% hombres.
- Media de edad de los inmigrantes encuestados: 31,1 años (30,9 años en hombres y 31,2 en mujeres).
- Países de origen: principalmente Colombia (53%) y Ecuador (36%).
- Lugar de residencia: la mayor parte de los encuestados residían en Elda (94%), correspondiendo el 6% restante a otras localidades cercanas tales como Petrer, Monóver, Novelda, Aspe, Pinoso o Villena.
- Tiempo de estancia: casi la mitad de los inmigrantes entrevistados (47%) llevaba residiendo entre 12 y 24 meses; el 24% superaba este tiempo, y sólo el 14% llevaba menos de 6 meses residiendo en la zona.
- Consumo de alimentos: se refleja en la tabla I, en la que se compara el consumo de los inmigrantes con el consumo promedio de la población española y con el consumo recomendado por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

Tabla I. Consumo alimentario de inmigrantes, españoles en 2004 y consumo recomendado.

Grupo alimentario	Consumo inmigrantes (gramos o unidades/día)	Consumo en España (gramos o unidades/día)	Consumo recomendado (gramos o unidades/día)
Carne y derivados	101	145.3	50-65
Huevos	3.5	6.3	0-5
Pescado y derivados	31.4	78.2	70-90
Leche y derivados	396	337.3	400-600
Cereales	256.2	185	400
Legumbres	31.3	10	25-30
Patatas	134	73	250
Verduras	218	206.6	400
Frutas	180	255.5	250-300
Bebidas alcohólicas	85	77.8	-
Zumos de frutas	286	31.8	-
Refrescos	208	114.4	-

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,005$) en las siguientes variables:

- Por sexos: sobre el consumo de alcohol, los hombres consumían una media de 8,8 g/día de etanol, en tanto que las mujeres una media de 2,5 g/día.
- Por edades: se detectó en los jóvenes un menor consumo de legumbres, patatas, frutas, pescado y verduras, y un mayor consumo de alcohol, pasta, refrescos y zumos.
- Por tiempo de estancia en España: en personas con mayor tiempo de estancia se aprecia un mayor consumo de carne, lácteos y pescado, así como un menor consumo de cereales.
- Por país de origen: en los sudamericanos hay diferencias estadísticas en cuanto a un mayor consumo de arroz, huevos, legumbres, refrescos, verduras y zumos, así como un menor consumo de pan, patatas y alcohol.

Balace nutricional

La tabla II muestra el consumo medio diario de energía, proteínas, lípidos y glúcidos de los inmigrantes, así como el consumo medio de los españoles y el recomendado.

Tabla II. Consumo medio diario de energía, proteínas, lípidos y glúcidos de los inmigrantes.

NUTRIENTES	Ingesta Media Inmigrantes	Consumo Español	Ingesta Recomendada
KCALORÍAS	2129	2862	2500
PROTEÍNAS	15.8%	14,2%	10-12%
LÍPIDOS	31.7%	45,4%	30-35%
GLÚCIDOS	52.5%	40,4%	55-60%

Patrón de ingesta diaria

La mayor parte de los entrevistados tenía un patrón de 3 ingestas (figura 1); un 30% hacía 4 ingestas/día, y apenas el 10% de los encuestados realizaba 5 ingestas diarias.

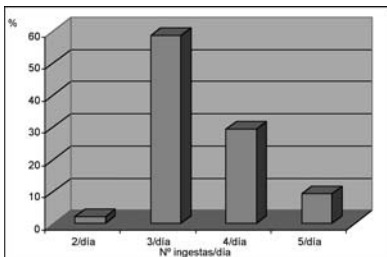


Figura 1. Distribución de frecuencias del patrón de ingesta diaria.

Útiles de cocina

Los entrevistados destacaron la necesidad de útiles de cocina que no encontraban en el actual lugar de residencia; algunos de los cuales se mencionan en la tabla III.

Tabla III. Algunos útiles de cocina no encontrados en España.

- Chocolatera.
- Arrocera.
- Molinillo.
- Jarra aguapanela.
- Batidor de madera (hacer sopa).
- Molinillo para maíz y para chocolate.

Alimentos autóctonos

Así mismo, los inmigrantes declararon una amplia serie de alimentos no encontrados en su actual lugar de residencia y que formaba parte de su despensa habitual; la mayoría son frutas tropicales y hortalizas: sarcocho, maracuyá, yulo, guanábana, plátano macho, arepas, papas criollas, mufen, mango pequeño, coladas, tomate de árbol, moras, papaya, arracacha (como yuca, verdura), lulo, naranjilla, sapote, patata blanca china, chontaduro, chiles serranos, maíz mote, mazamorra, limoncitos, granadilla, curaba, carne de res, yuca y guayaba.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Son numerosos los estudios publicados sobre hábitos alimentarios de inmigrantes. Uno de los más completos e interesantes metodológicamente es el de Desai et al (1990), ya que valora aspectos antropométricos, creencias y tabúes alimentarios, incluyendo un diario dietético y un programa de educación nutricional dirigido a inmigrantes del que a su vez se valora su eficacia. Otro completo análisis es el llevado a cabo por el ministerio español de agricultura, pesca y alimentación (2004), ya que dicho estudio incluye una investigación cuantitativa y cualitativa, estrategia que no se ha observado en otras publicaciones recientes.

También, desde el punto de vista metodológico, algunos autores se plantean la necesidad de una adaptación transcultural de los métodos de entrevista, lo que es especialmente necesario cuando el



cambio cultural es intenso, como sucede, por ejemplo en inmigrantes africanos residentes en Norteamérica, Alemania o Reino Unido. Sharma et al (1996) llevaron a cabo un estudio basado en un cuestionario estandarizado de frecuencia de consumo de alimentos adaptado a la población a estudio, lo que implica el previo conocimiento de los alimentos de consumo habitual en cada uno de los países de origen. Por su parte, Sahar et al (2005) han desarrollado un cuestionario semicuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos destinado a la valoración de la ingesta dietética de grupos multiétnicos. La adaptación transcultural de cuestionarios y otros métodos de estudio de grupos culturales requiere un procedimiento complejo y especialmente necesario cuando existen grandes diferencias entre las sociedades de procedencia y destino.

El estudio de Pardo et al (2007) sobre factores condicionantes de salud en inmigrantes de origen subsahariano revela que para éstos, los principales factores que pueden influir en el paso de salud a enfermedad son, por este orden de valoración: la situación económica, la separación de la familia, la alimentación, la vivienda, la red de apoyo social, la situación legal y las condiciones de trabajo. La alimentación se presenta, pues, como uno de los principales moduladores de la salud, especialmente considerado así entre las mujeres, siempre más atentas al estado nutricional de los suyos.

Los resultados del presente estudio nos permiten obtener las siguientes conclusiones:

a) Los inmigrantes entrevistados realizan un consumo de huevos, lácteos y legumbres acorde con las recomendaciones del ministerio de agricultura, pesca y alimentación.

- b) Por el contrario, fue insuficiente el consumo de cereales, patata, verdura y fruta, aunque comparativamente consumen más verdura que los españoles. Sólo el 17% consumieron fruta en cantidad suficiente.
- c) Si se compara con los patrones de consumo de los españoles, destacan los siguientes hallazgos positivos:
- Más adecuado consumo de carne.
 - Mayor consumo de cereales.
 - Mayor consumo de verduras.
 - Mayor consumo de legumbres.
- d) Si se compara con los patrones de consumo de los españoles, destacan los siguientes hallazgos negativos:
- Menor consumo de pescado.
 - Menor consumo de fruta.
 - Mayor consumo de refrescos.
- e) Merece destacarse el elevado consumo de refrescos que presenta la población inmigrante, como igualmente muestran los datos del estudio del Ministerio de Agricultura (2004), atribuible a unas necesidades de líquidos y electrolitos, posiblemente elevadas ante unas condiciones de trabajo físicamente más exigentes que las de la media española. Así mismo, destaca un menor consumo de bebidas alcohólicas, lo que podría atribuirse a una situación social y laboral menos propicia para el consumo de este tipo de bebidas.
- f) Destaca también el hecho de que el tiempo de residencia parece favorecer la asunción de patrones de consumo propios de la población española, como revelan un mayor consumo de carne, pescado y lácteos, y un menor consumo de cereales, probablemente debido a que se imitan progresivamente las costumbres del entorno en el que viven, con los inconvenientes que esto supone con respecto al mantenimiento de la alimentación equilibrada que actualmente presentan. Este hallazgo reafirma el obtenido en estudios similares (Pardo et al, 2007)
- g) Por su parte, los inmigrantes sudamericanos destacaron por un mayor consumo de arroz, legumbres, verduras, huevos, refrescos y zumos; así como por un menor consumo de pan, patata y bebidas alcohólicas.

h) Finalmente, deseamos destacar lo que podría resultar el más trascendente de los hallazgos de este estudio: el hecho de que en estos momentos, a diferencia de los españoles, los inmigrantes presentan un patrón de alimentación equilibrada que sin embargo con el tiempo parece evolucionar al que es propio de la población española, desequilibrado en detrimento de los hidratos de carbono y a favor de los lípidos y las proteínas. Estos resultados son similares a los obtenidos por otros autores (Casares, 2005).

El presente estudio se centra en el consumo de alimentos en el país de destino, por lo que no se incluye un análisis comparativo con respecto a los países de origen de los inmigrantes estudiados, tal como hacen otros autores como Papadaki y Scott (2002), que permite elucidar las causas de los hábitos adquiridos: elevado coste de los alimentos, dificultad para hallar alimentos propios de su país, lo que impide mantener un patrón saludable de dieta mediterránea a quienes emigran a ciudades anglosajonas. Estos cambios dietéticos perniciosos suponen la emergencia de secuelas en la salud de los inmigrantes, como se ha documentado bien en Estados Unidos, donde muchos aborígenes indios han enfermado de obesidad, diabetes y otras afecciones a consecuencia de la adopción de hábitos alimentario propios de la sociedad occidental norteamericana, en la que es típico el consumo de comida rápida, grasas saturadas o azúcares refinados. Similares consecuencias se han descrito en otros países occidentales, como Reino Unido, con respecto a inmigrantes de origen africano y caribeño (Meneen et al, 2001), indio (Heald et al, 2005; Patel et al, 2006) o con inmigrantes griegos en Australia (Kouris-Blazos et al, 1996).

A menudo los inmigrantes son conscientes de que el abuso de determinados alimentos propios de Occidente son nocivos para la salud a largo plazo, como muestra el trabajo de Harrison et al (2005) en el que entrevistó a un amplio grupo de inmigrantes asiáticos en USA.

Edmonds (2005) llevó a cabo una investigación cualitativa sobre inmigrantes procedentes de Honduras en New Orleans, mediante cinco grupos de discusión sobre una muestra de 23 mujeres hondureñas. Constató una serie de cambios positivos y negativos; entre los positivos destaca un mayor

consumo de frutas y verduras, y un menor abuso de la grasa de adición, y entre los negativos, un creciente consumo de comida rápida y un patrón de ingesta irregular. Nuestros resultados son parcialmente consistentes con dicho estudio.

Compartimos con Sati-Abouta et al (2002) la necesidad de un adecuado asesoramiento nutricional a los inmigrantes que les permita la asimilación de patrones de alimentación y de consumo alimentario propios del país de destino, pero evitando en todo momento una nutrición desequilibrada. De igual manera merece advertirse que la constancia de una menor incidencia de cáncer en colectivos inmigrantes que conservan costumbres autóctonas saludables en su alimentación nos recuerda que los países de destino también deben aprender de los inmigrantes: Jones et al (1997) siguieron una cohorte de mujeres inmigrantes hispanoamericanas y detectaron una menor incidencia de cáncer de mama con respecto a la población general.

Merecen destacarse algunos hechos socio-culturales que condicionan la calidad dietética de la alimentación de los inmigrantes y que son coherentes con los resultados del presente estudio: por un lado, sus modestos recursos económicos les obligan a realizar una alimentación a base de productos naturales, evitando el abuso de los productos industriales, perjudiciales realmente para la salud. Por otro lado, las creencias religiosas no sólo suponen la limitación de ciertos alimentos tabú, sino el hecho de que muchos hijos de inmigrantes no acudan a comedores escolares por miedo a que no se respeten los preceptos religiosos en materia de alimentación (Montoya et al, 2001). En la población pediátrica, las consecuencias de una dieta desequilibrada devienen problemas de malnutrición, talla baja y obesidad, según un estudio sobre 50 familias inmigrantes llevado a cabo por especialistas del hospital Miguel Servet de Zaragoza (Ros et al, 2005). Todos estos resultados apuntan la necesidad de una intervención nutricional en estos colectivos.

De todas estas conclusiones y perspectivas deducimos que los profesionales de Enfermería y Nutrición podrían ejercer una importante labor al menos en dos líneas: educación nutricional y control epidemiológico. La investigación cualitativa de estos problemas en España sigue siendo escasa,

por lo que consideramos necesario ampliar líneas de investigación en este sentido. Finalmente, suscribimos la necesidad que destaca Fernández Molina (2006) de que los profesionales de la salud adquieran competencia cultural para lograr no sólo un mejor servicio a la población inmigrante, sino también para eliminar las desigualdades en salud de grupos étnicos diversos.

AGRADECIMIENTOS

A Miguel Ángel Tortosa Romero, M^a Dolores Vilchez García, Manuel Ferrández Ferrández y Vanesa Lorca Barchín, por su participación en el procesamiento de datos recabados en esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Casares J.(2005). Los hábitos de compra de los inmigrantes españoles. Distribución y Consumo 5. Marzo-abril.
- Censo de población de los Excmo. Ayuntamientos de Elda, Petrer, Pinosa, Novelda, Villena, Monóver y Asp.
- Desai ID, Doell AM, Officiati SA, Bianco AM, Van Severen Y, Desai MI, Jansen E, de Oliveira JE (1990). Nutritional needs assessment of rural agricultural migrants of southern Brazil: designing, implementing and evaluating a nutrition education program. *World Rev Nutr Diet*, 61: 64-131.
- Edmonds VM (2005). The nutritional patterns of recently immigrated Honduran women. *J Transcult Nurs*. Jul; 16 (3): 226-235.
- Fernández Molina M (2006). Antropología de los cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la enfermería transcultural. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad valenciana.
- Ferreira SR, Lerario DD, Gimeno SG, Sanudo A, Franco LJ (2002). Obesity and central adiposity in japanese inmigrants: role of the western dietary pattern. *J Epidemiol*, Nov; 12 (6): 431-438.
- Fuertes C, Martín Laso M. A.(2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 29-supl 1: 9-26.
- Guerrero A, Colomina J (2004). Población inmigrante y enfermedades infecciosas. *Rev Esp Salud Pública*, 78: 565-570.
- Harrison GG, Kagawa-Singer M, Foerster SB, Lee H, Pham Kim L, Nguyen TU, Fernández-Ami A, Quinn V, Bal DG (2005). Seizing the moment: California's opportunity to prevent nutrition-related health disparities in low-income Asian American population. *Cancer*, Dec 15; 104 (supl. 12): 2962-8.
- Heald AH et al. (2005) Dietary intake and the insulin-like growth factor system: effects of migration in two related populations in India and Britain with markedly different dietary intake. *Public Health Nutr*, Sep; 8 (6): 620-627.
- Instituto de Salud Pública de Madrid, (2003). Estudio del mapa alimentario de la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (2007) Datos sobre Inmigración. Disponible en <http://www.ine.es> [última consulta: 25-05-2007].

- Jones LA et al (1997). Dietary fiber, Hispanics and breast cancer risk? *Ann N Y Acad Sci*, Dec 26; 837: 524-536.
- Kouris-Blazos A, Wahlqvist ML, Trichopoulos A, Polychronopoulos E, Trichopoulos D. (1996). Health and nutritional status of elderly Greek migrants to Melbourne, Australia. *Age Ageing*, May; 25 (3): 177-189.
- Meneen LI et al (2001). Habitual diet for populations of African origin: a descriptive paper on nutrient intakes in rural and urban Cameroon, Jamaica and Caribbean migrants in Britain. *Public Health Nutr*, Jun; 4 (3): 765-772.
- Ministerio de Agricultura, pesca y alimentación (2004). Hábitos alimentarios de los inmigrantes en España.
- Montoya PP, Torres AM, Torija ME (2001). La alimentación de los inmigrantes marroquíes de la Comunidad de Madrid: factores que influyen en la selección de los alimentos. *Atención Primaria* 27:264-270.
- Papadaki A, Scott JA (2002). The impact on eating habits of temporary translocation from a mediterranean to a Northern European environment. *Eur J Clin Nutr*, 56 (5): 455-461.
- Pardo G, Engel JL, Agudo S.(2007). Factores condicionantes de salud en población inmigrante procedente de África subsahariana. *Semergen*; 33(1):3-8.
- Patel JV et al (2006). Impact of migration on coronary Heart disease risk factors: comparison of Gujaratis in Britain and their contemporaries in villages of origin in India. *Atherosclerosis*. Apr; 185 (2): 297-306.
- Ros Arnal I, et al (2005). Análisis de la alimentación complementaria en inmigrantes en nuestro medio. XII Congreso de la SEGHN. Zaragoza. Comunicación.
- Ros Arnal I, et al (2005). Hábitos alimentarios de niños y adolescentes inmigrantes. XII Congreso de la SEGHN. Zaragoza. Comunicación.
- Satia-Abouta J, Patterson RE, Neuhous ML, Elder J (2002). Dietary acculturation: applications to nutrition research and dietetics. *J Am Diet Assoc*, Aug; 102 (8): 1105-1118.
- Shahar D, Shai I, Vardi H, Brenner-Azrad A, Fraser D. (2003). Development of a semi-quantitative food frequency questionnaire (FFQ) to assess dietary intake of multiethnic populations. *Eur J Epidemiol*, 18 (9): 855-861.
- Sharma S et al (1996). Development of food frequency questionnaires in three population samples of African origin from Cameroon, Jamaica and Caribbean migrants to the UK. *Eur J Clin Nutr*, Jul; 50 (7): 479-486.
- Skreblin L, Sujoldzic A. (2003) Acculturation process and its effects on dietary habits, nutritional behavior and body-image in adolescents. *Coll Antropol*. Dec; 27 (2): 469-477.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (2001). Recomendaciones para la atención al paciente inmigrante en la consulta de Atención Primaria. Barcelona: semFYC. Disponible en <http://www.semefyc.es>. [última consulta: 25-05-2007].

TEORÍA Y MÉTODO

ANÁLISIS EVOLUTIVO DEL CONCEPTO PERSONA EN LA TEORÍA DE ADAPTACIÓN DE ROY

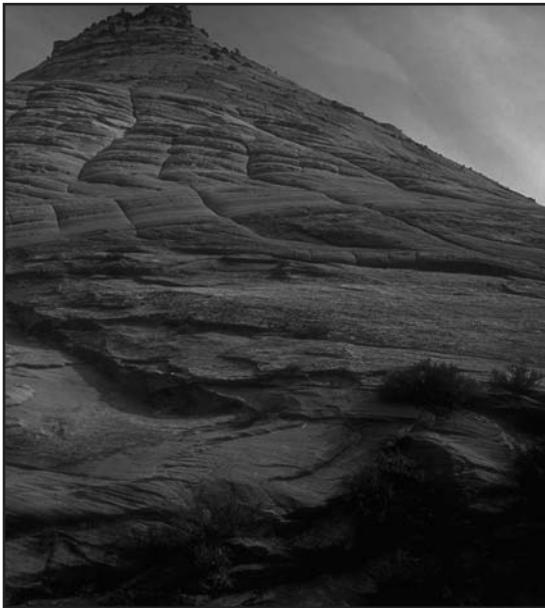
Taciana Cavalcante de Oliveira¹, Viviane Martins da Silva², Marcos Venícios de Oliveira Lopes³, Thelma Leite de Araujo⁴

¹Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente de la Universidad Federal de los Valles Jequitinhonha y Mucuri (UFVJM).

²Profesora de la Facultad Católica Reina del Sertão.

³Doctor en Enfermería. Profesor Adjunto del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará.

⁴Doctora en Enfermería. Profesora Adjunto del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará.



referred to concept analysis was made from the evolutionary analysis, proposed by Rodgers (2000), in five stages: interest concept identification; scenario and sample selection; data collection and interpretation of results. The scenario was built up by means of studying books and articles published about C. Roy related to her model description. From C. Roy's historical publications, a significant evolution in the concept person is perceived, allowing a wider vision in the sense of moving from an 'individual description' to 'group characters'. Moreover, important new terms as 'humanism', 'holism' and 'cosmic units' have been incorporated to her Nursing Model, which in fact introduce a significant change in her metaparadigm. The complexity of her theory shows that her application could be extended to multiple contexts, mostly should her concept of person by an individual alone, a group or a community.

KEY WORDS: Nursing, nursing theory, adaptation, evolutionary method, conceptual analysis.

RESUMEN

El análisis del concepto presenta un rol imprescindible en la construcción del conocimiento en enfermería. De ahí que este estudio teórico-reflexivo, tenga el objetivo de analizar el aspecto evolutivo del concepto persona, descrito en el modelo de adaptación de Roy. Hemos

EVOLUTION ANALYSIS OF THE CONCEPT 'PERSON' IN THE ADAPTATION THEORY OF ROY

SUMMARY

The analysis of the concept shows an essential role in the construction of nursing knowledge. Thus, this theoretical- thoughtful study is aimed to analyse the evolution of the concept person, described in the C. Roy adaptation model. The

desarrollado un análisis evolutivo, descrito por Rodgers (2000), en cinco etapas: identificación del concepto de interés; selección del escenario y muestra; recogida de los datos y análisis de los resultados. El escenario lo hemos realizado a través de las publicaciones de todos los libros y artículos publicados sobre C. Roy relacionados con la descripción de su modelo. Desde el rescate histórico de las publicaciones de C. Roy, se percibe una evolución significativa en el concepto Persona, el cual permite una visión amplia en el sentido de pasar de una descripción individual a la utilización de términos sustitutos de carácter grupal. Además, se han incorporado a su Modelo de Enfermería conceptos importantes como humanismo, holismo y unidad cósmica que transforman, sobremanera, la descripción de su metaparadigma. La complejidad de la teoría indica que su aplicación puede extenderse a múltiples contextos, principalmente, si consideramos que la Persona puede ser representada por un individuo, grupo o una comunidad.

Palabras clave: enfermería, teoría de enfermería, adaptación, método evolutivo, análisis conceptual.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de enfermería se desarrolla con el propósito de comprender lo que ocurre en el encuentro entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado (Fawcett, 1997). Su construcción se fundamenta en la utilización de modelos teóricos que aportan enseñanza e investigación al desarrollo de la profesión como ciencia y a la reestructuración de la práctica, que están intrínsecamente relacionadas (Barnum, 1998).

Los Modelos teóricos son constituidos por hipótesis, conceptos, descripciones narrativas, proposiciones y ejemplos (Meleis, 1997). Algunos autores elucidan que el uso de la teoría apoya los enfermeros en la definición de sus roles, posibilitando el desarrollo de nuevos abordajes y remodelando la estructura de normas y principios vigentes, (Barnum, 1998; Chinn & Kramer, 1995).

Entre los elementos que constituyen los modelos teóricos, los conceptos son considerados fundamentales. Estos se desarrollan por la identificación de características comunes de objetos y fenóme-

nos, y por la abstracción y agrupación de esas características, juntamente con algunas formas de expresión, frecuentemente, una palabra. (Rodgers, 2000). En este ámbito, el análisis del concepto presenta un papel imprescindible en la construcción del conocimiento en enfermería, sobretodo si consideremos su evolución histórica.

El análisis evolutivo aporta una mejor definición, clarificación y construcción de conceptos (Rodgers, 2000). Tras contactos anteriores con el Modelo de Adaptación de C. Roy (Oliveira, Lopes & Araujo, 2006; Lopes, Pagliuca & Araujo, 2006; Fortes, Silva & Lopes, 2006), percibimos cambios históricos importantes en el modelo, que influenciaron la descripción y articulación entre sus conceptos. De ahí que veamos la necesidad de analizar el aspecto evolutivo del concepto persona descrito en el modelo de adaptación de C. Roy, considerando ser éste un concepto central en su descripción y uno de los componentes del metaparadigma enfermero.

MÉTODOS

Se ha desarrollado un estudio teórico-reflexivo basado en el modelo de análisis evolutivo (Rodgers, 2000) según descrito a continuación:

- a) Identificación del concepto de interés. La primera actividad fue identificar el concepto de interés y expresiones asociadas (incluyendo términos sustitutos). El concepto elegido para foco de nuestro análisis fue Persona. En el modelo teórico de C. Roy, Persona es considerada como un ser adaptativo y holístico, representada por un individuo, familia, grupo o comunidad. Es importante destacar que en el análisis se buscó las ideas o características asociadas con el término Persona.
- b) Selección del escenario y muestra. La meta específica del investigador que está usando el procedimiento de análisis evolutivo del concepto influye en la selección del escenario y muestra de la recogida de datos. En el análisis basado en la literatura, el escenario se refiere al período de tiempo examinado y a las disciplinas o tipos de literatura. Como en cualquier investigación, decisiones relacionadas con estos aspectos están basadas en las cuestiones iniciales indagadas por el investigador y en los resultados espe-

rados. La meta final es producir un esbozo riguroso y consistente con el propósito del estudio. Rodgers (2000) preconiza que la muestra debe ser de, por lo menos, 20% de la literatura identificada. El escenario de nuestro estudio se ha compuesto por las publicaciones de todos los libros y artículos publicados por C. Roy, que presentan relación con la descripción del Modelo y que compusieron la muestra final.

- c) Recogida y conducción de los datos. En esta etapa, se revisó la literatura seleccionada para identificar datos relevantes a los atributos del concepto, sus aspectos contextuales (antecedentes, consecuencias y variaciones sociocultural y temporal), términos sustitutos y conceptos relacionados, juntamente con datos relacionados con la aplicación de un concepto (referencias). La identificación de los atributos de un concepto representa una parte fundamental del análisis de concepto. Para su realización hicimos un análisis de los textos que caracterizaban el concepto Persona. Para la identificación de la base contextual del concepto buscamos identificar las situaciones en las que se utilizaba el concepto Persona. Para la tipificación de los términos sustitutos consideramos las diferentes formas de expresión utilizadas por la autora para definir el concepto Persona. Además, se han identificado los conceptos asociados, como aquéllos que mantenían alguna relación con el concepto de interés y que compartían el mismo conjunto de atributos.
- d) Análisis de los datos. Se realizó un análisis temático para validar la visión pre-existente del concepto. Desde la lectura del material bibliográfico, identificamos las categorías temáticas emergentes, considerando los atributos del concepto Persona, sus aspectos contextuales y conceptos relacionados y sustitutos. El análisis se ha organizado por década de publicación, para facilitar la descripción evolutiva del concepto.
- e) Interpretación de los resultados. Se buscó establecer los fundamentos y la clarificación necesaria para la adecuada descripción del ciclo de desarrollo del concepto Persona. Los resultados son, en este sentido, un punto inicial. Discutimos el concepto Persona, considerando la base conceptual y presupuestos de la teoría.

La base filosófica del Modelo teórico influyó consistentemente en la interpretación de los resultados. En este punto, se considera el análisis del concepto como un procedimiento inductivo y como una forma de identificación o estado del arte del concepto. De ahí que los resultados de este análisis no suministran una respuesta definitiva para cuestiones de interés del concepto. En su lugar, deben ser considerados como una aproximación que proporciona una dirección para investigaciones adicionales.

ANÁLISIS CRÍTICO-REFLEXIVO

Sister Callista Roy empezó su trabajo sobre el modelo de enfermería, en el período de la graduación, estudiando con Dorothy Johnson, de 1963 a 1966, en la Universidad de California, Los Angeles. Su primer artículo sobre el modelo fue publicado en 1970. En este año, el modelo teórico fue implementado como base en el currículo de bachillerato en Mount St. Mary's College en Los Angeles y durante las décadas siguientes, más de 1500 estudiantes ayudaron a clarificar, refinar y desarrollar los conceptos básicos del Modelo de Adaptación de Roy para la enfermería (Roy & Andrews, 1999).

En sus primeros trabajos publicados en la Revista Nursing Outlook, la teórica trabajó con los conceptos de hombre, salud-enfermedad, mecanismos de enfrentamiento, estímulos y respuestas e incluyó la noción de los cuatro modos de adaptación. En períodos más recientes, como profesora y teórica de Boston College, C. Roy enfocó su atención en los movimientos contemporáneos sobre conocimiento de enfermería y añadió la espiritualidad como uno de los aspectos importantes en la promoción de la adaptación.

En este intervalo, entre sus primeras publicaciones y la actual descripción de su modelo, múltiples alteraciones han sido incorporadas al Modelo. Estas alteraciones modificaron sobremanera las definiciones e interrelaciones entre los conceptos que componen la estructura actual presentada por la teórica. La influencia de estas alteraciones sobre la descripción del concepto Persona está descrita a continuación y presentada en tres períodos: década de 70, década de 80 y década de 90 en adelante.

ANÁLISIS EVOLUTIVO DEL CONCEPTO PERSONA

DÉCADA DE 70

Se describió el concepto Persona en la década de 70 con el significado de paciente. Los primeros artículos utilizan el término Hombre como sustituto de Persona y lo definen como ser biopsicosocial que interacciona constantemente con el medio ambiente (Roy, 1970). Es recipiente del cuidado de enfermería, presentando cuatro modos de adaptación (Roy, 1971). En publicación ulterior, Roy presenta las orientaciones para un sistema de clasificación diagnóstica basado en su Modelo Teórico (Roy, 1975). En esta publicación se pone EN evidencia la descripción de la evaluación de la persona como un ser individual. La compilación de las ideas de la autora es presentada en su primer libro publicado en 1976, donde el concepto Persona es presentado de forma individualizada y sobretodo biológica (Roy, 1976).

Destacamos que, mientras C. Roy trabaja en la cuestión del proceso de enfermería, el concepto Persona (paciente) se describe de forma individual, sin mencionar que él podría ser representado por familia, grupo, comunidad o sociedad. Además, la visión de la Persona como un sistema de adaptación y holístico es descrito de forma incipiente.

En este período, el hombre es considerado por la teórica como un ser social y su comportamiento está relacionado con el comportamiento de otros seres en niveles grupales, tales como la familia, la comunidad y grupo de trabajo (Roy, 1976). Se Nota que la Persona como familia, grupo o comunidad, es apenas descrita, así como la relación que esos grupos pueden ejercer en el comportamiento del individuo. Esta concepción preponderó durante toda la primera década del Modelo, incluso en la estructura propuesta de los currículos de los cursos de enfermería que adoptaban su modelo (Roy, 1979)

Los conceptos relacionados más evidentes eran: cuidado, actividades de confort, observación, proceso de enfermería, diagnóstico de enfermería, interacción, ambiente, mecanismos de enfrentamiento, proceso de adaptación, nivel de adaptación, estímulos, respuestas de adaptación, repuestas ineficaces, modos de adaptación, comportamiento y problemas de adaptación.

DÉCADA DE 80

En el inicio de la década de 80, la teórica, a su vez, desarrolla y describe de forma más detallada los principales presupuestos de la teoría. Con relación al concepto Persona se destacan los presupuestos a continuación: Persona es un ser biopsicosocial; la Persona está en constante interacción con el ambiente el cual es cambiante; para enfrentar el ambiente en continuo cambio la Persona utiliza mecanismos innatos y adquiridos (biológicos, psicológicos y sociales); salud y enfermedad son dimensiones inevitables en la vida de la Persona; para responder positivamente a los cambios ambientales la Persona deberá adaptarse; la Persona presenta cuatro modos de adaptación: necesidades fisiológicas, autoconcepto, desempeño de roles e interdependencia. Desde los presupuestos mencionados, se percibe que el concepto Persona sigue siendo descrito bajo un prisma individual (Roy, 1980).

En lo que se refiere a los conceptos relacionados, destacamos que se mantienen semejantes a los observados en la década anterior. Además de éstos, otros surgieron en el decurrir de la evolución del concepto persona, como: ayuda, atención, afición e integridad.

En el año de 1981, el concepto de paciente es sustituido por cliente, presentando un carácter más amplio. La teórica destaca que el cliente de enfermería puede ser una persona, familia, grupo, comunidad o sociedad. Se observa que el concepto Persona muestra una evolución, acercándose a una visión grupal (Roberts, 1981). Esta visión ampliada del concepto Persona aportó, de forma signifi-



cativa, a la aplicación del modelo teórico de Roy en muchos contextos. El concepto de holismo se destacó de manera especial en este período, cuando la teórica menciona que la Persona que recibe el cuidado de enfermería debe ser tratada sobre un prisma holístico (Roberts, 1981).

En los años siguientes, la visión ampliada del concepto es mantenida y la Persona es descrita como un sistema adaptativo, holístico, total e integrado (Roy, 1984). El término holístico refleja la idea que el sistema humano funciona como un todo y representa más que la suma de sus partes. La palabra adaptación es un concepto integral en el modelo, significando que el sistema humano presenta la capacidad de ajustarse efectivamente al ambiente el cuál está en continuo cambio. (Andrews & Roy, 1986). Además, la autora resalta que trascender la dimensión material de la persona es un valor importante (Roy, 1988).

Los conceptos relacionados guardan semejanzas con los descritos en las publicaciones anteriores e incluyen: sistema, estímulos, nivel de adaptación, mecanismos de enfrentamiento, modos de adaptación, respuestas de adaptación, respuestas ineficaces, salud y ambiente.

DÉCADA DE 90 EN DELANTE

En la década de 90, los presupuestos científicos y filosóficos que fundamentan el Modelo son descritos con mayor detalle. Éstos incluyen: teoría sistémica, nivel de adaptación, humanismo y veritivity. Este último es un término creado por Roy, y perteneciente al principio de la naturaleza humana que declara un propósito común de su existencia.

En su libro publicado en 1991, la Persona que recibe el cuidado de enfermería sigue siendo representada por un individuo, familia, grupo, comunidad y sociedad, permaneciendo la idea de que el sistema humano funciona como un todo y que es más que la simple suma de sus partes (Andrews & Roy, 1991).

En el inicio de esta década, la autora busca perfeccionar el concepto Persona como grupo, añadiendo los mecanismos de enfrentamiento estabilizador e innovador como específicos de esta vertiente (Roy & Corliss, 1993). Mientras, las autoras se han limitado a citar tales mecanismos. Esto permanece a lo largo de la década, incluso en el artí-

culo que la autora publicó con el propósito de revisar el concepto de adaptación (Roy, 1997). En este artículo, la revisión de sus presupuestos se han centrado en el aspecto individual, incluyendo la relación de la persona con el mundo y con Dios. Por otro lado, aún en este período, C. Roy propone una aproximación de su Modelo a los conceptos de la cosmología, lo que ha afectado posteriormente su base conceptual y, consecuentemente, todos los conceptos de su metaparadigma (Roy, 1999). Todas estas modificaciones están compiladas y presentadas en el libro publicado en 1999 (Roy & Andrews, 1999).

En la década siguiente, hasta el año de 2006, pocos artículos fueron publicados por la autora que presenten cambios en el concepto Persona. En sus publicaciones, C. Roy destaca la integración Persona – ambiente como la más importante necesidad del siglo 21 (Fawcett, 2002) y amplía sus consideraciones sobre la naturaleza cosmológica y cuántica del ser humano (Roy, 2000). En los últimos años, la teórica ha perfeccionado su modelo y propuso otro conjunto de presupuestos relacionados específicamente con la definición de grupo como persona relacional (Hanna & Roy, 2001).

Es importante resaltar que entre los conceptos relacionados ya destacados en los períodos anteriores, en esta década se destacan otros: integración persona - ambiente, conciencia humana y sistemas de materia y energía.

Para finalizar nuestro análisis reflexivo, es necesario evidenciar que la teórica, hasta la década de los 80, recibió una fuerte influencia de la teoría del nivel de adaptación de Helson (1964). En el inicio de la década de los 90, además de Helson, destacamos la influencia de la teoría general de sistemas de Bertalanffy (1968). Al final de la década de los 90, se percibe una mayor inserción de autores de la cosmología y de la física cuántica en sus discusiones.

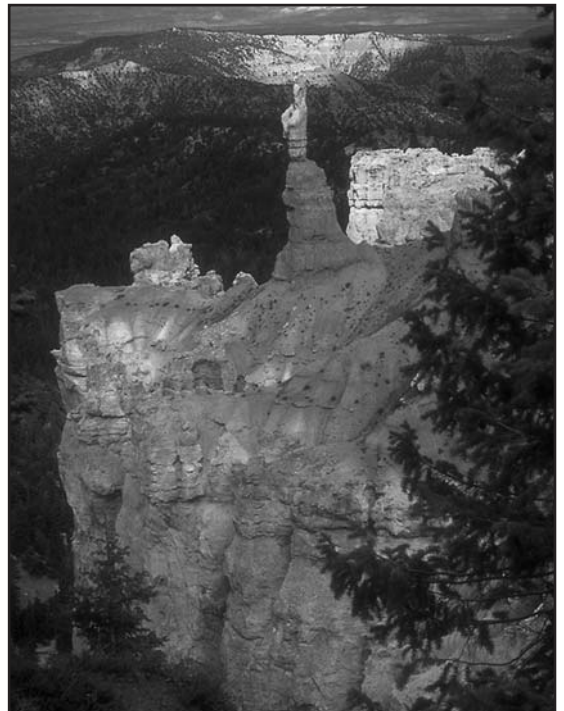
CONSIDERACIONES FINALES

Desde el rescate histórico de las publicaciones de C. Roy, percibimos una evolución significativa en el concepto Persona, permitiendo una visión ampliada del mismo, en el sentido de pasar de una descripción individual a la utilización de términos sustitutos de carácter grupal. Además, se han

incorporado a su Modelo de Enfermería conceptos importantes como humanismo, holismo y unidad cósmica que alteraron sobremedida la descripción de su metaparadigma. La complejidad del Modelo de Adaptación muestra que su aplicación puede extenderse a múltiples contextos, principalmente, si consideramos que la Persona representa a un individuo o un grupo como entidad relacional y de interacción con el ambiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrews, H.A. & Roy, C. (1991) Essentials of the Roy Adaptation Model. En: *The Roy Adaptation Model: the definitive statement* (Roy, C. & Andrews, H.A. eds), Appleton & Lange, Norwalk pp. 3 – 25.
- Andrews, H.A. & Roy, C. (1986) The person as an adaptive system. En: *Essentials of the Roy adaptation model* (Andrews, H.A. & Roy, C. eds), Appleton – Century – Crofts, Norwalk pp. 17-25.
- Barnum, B.S. (1998) *Nursing theory: analysis, application, evaluation*. Lippincott, Philadelphia.
- Bertalanffy, L. (1968) *General systems theory*. Braziller, New York.
- Chinn, P.L. & Kramer, M.K. (1995) *Theory and nursing: a systematic approach*. Mosby, St Louis.
- Fawcett, J. (2002) The nurse theorists: 21st – Century updates – Callista Roy. *Nursing Science Quarterly* 15, 308 – 310.
- Fawcett, J. (1997) The structural hierarchy of nursing knowledge: components and their definitions. En: *The language of nursing theory and metatheory* (King, I.M. & Fawcett, J. eds), Sigma Theta Tau International, Indianapolis pp.1-7.
- Fortes, A.N., Silva, V.M. & Lopes, M.V.O. (2006) Problemas de adaptación fisiológica de personas con angina. *Cultura de los Cuidados* 10, 87 – 92.
- Hanna, D.R. & Roy, C. (2001) Roy Adaptation Model and perspectives on the family. *Nursing Science Quarterly* 14, 9 – 13.
- Helson, H. (1964) *Adaptation level theory*. Harper & Row, New York.
- Lopes, M.V.O., Pagliuca, L.M.F. & Araujo, T.L. (2006) Historical evolution of the concept environment proposed in the Roy adaptation model. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 14, 259-265.
- Meleis, I.A. (1997) *Theoretical nursing: development and progress*. Lippincott, Philadelphia.
- Oliveira, T.C., Lopes, M.V.O. & Araujo, T.L. (2006) Physiologic mode of Sister Callista Roy adaptation model: reflexive analysis according to Meleis. *Online Brazilian Journal of Nursing* 5, disponible em: <http://www.uff.br/obj-nursing/viewarticle.php?id=122>.
- Roberts, S.L. (1981) The Roy adaptation model of nursing. En: *Theory construction in nursing: an adaptation model* (Roy, C. & Roberts, S.L. eds), Prentice-Hall, New Jersey pp. 42-48.
- Rodgers, B.L. (2000) Concept analysis: an evolutionary view. En: *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications* (Rodgers, B.L. & Knaf, K.A. eds), Elsevier, Philadelphia pp. 77-102.
- Roy, C. (1970) Adaptation: a conceptual framework for nursing. *Nursing Outlook* 18, 42-45.
- Roy, C. (1971) Adaptation: a basis for nursing practice. *Nursing Outlook* 19, 254-257.
- Roy, C. (1975) A diagnostic classification system for nursing. *Nursing Outlook* 23, 90 – 94.
- Roy, C. (1976) Adaptation as a model of nursing practice. En: *Introduction to nursing: an adaptation model* (Roy, C. ed), Prentice-Hall, New Jersey pp.3-19.
- Roy, C. (1979) Relating nursing theory to education: a new era. *Nurse Educator* 4, 16 – 21.
- Roy, C. (1980) The Roy adaptation model. En: *Conceptual models for nursing practice* (Riehl, J.P. & Roy, C. eds), Appleton – Century – Crofts, Norwalk pp. 179-88.
- Roy, C. (1984) The Roy adaptation model of nursing. En: *Introduction to nursing an adaptation model* (Roy, C. ed), Prentice-Hall, New Jersey pp. 27-41.
- Roy, C. (1988) An explication of the philosophical assumptions of the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly* 1, 26 – 34.
- Roy, C. (1997) Future of the Roy Model: challenge to redefine adaptation. *Nursing Science Quarterly* 10, 42 – 48.
- Roy, C. (1999) State of the art: dissemination and utilization of nursing literature in practice. *Biological Research for Nursing* 1, 147- 155.
- Roy, C. (2000) A theorist envisions the future and speaks to nursing administrators. *Nursing Administration Quarterly* 24, 1- 12.
- Roy, C. & Andrews, H.A. (1999) *The Roy adaptation model*. Appleton & Lange, Stamford.
- Roy, C. & Corliss, C.P. (1993) *The Roy Adaptation Model: theoretical update and knowledge for practice*. En: *Patterns of nursing theories in practice* (Parker, M. ed), National League for Nursing, New York pp. 215 – 229.



LOS JOVENES Y LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Carmen López-Matheu¹, Lidia Frances-Ribera¹, Pilar Isla-Pera¹,
Asunción Rigol-Cuadra¹, Isabel Sanchez- Zaplana², Joan Bestard-Camps³.

Universidad de Barcelona. Escuela de Enfermería. Facultad de Geografía y Historia

¹*Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud mental y Materno Infantil.*

²*Departamento de Enfermería Fundamental y Medico-Quirúrgica.*

³*Departamento de Antropología Social y Cultural.*



YOUNG PEOPLE AND ASSISTED REPRODUCTION

SUMMARY

Rationale: Until not too long ago, nature and biology were two of the few phenomena that provided security due to their stability. At present, these processes are rapidly changing and social beliefs will have to adapt. Objectives: The aim of this study is to find out the opinion of young people concerning assisted reproduction (to know their ideological representations, values and beliefs)

Design and Methodology: Five discussion groups were formed, with six young people per group. The data collected in the study were presented in the form of a narrative text and later analysed using the Miles and Huberman (1994) data analysis outline.

Results: Six established categories arose from the discussions, and finally, they were analysed using a map of significant analysis.

Conclusions: Reproduction technologies can induce changes within families, and particularly amongst the female, by promoting changes in people's cultural makeup. It would be a good idea to

establish educational programmes in order to obtain statistical data on infertility, its causes, as well as the assisted reproduction techniques that can be used; success, failure, and complications. The creation of this kind of programmes should be encouraged since there is confusion and a lack of knowledge amongst future users.

KEY WORDS: young people, Assisted reproduction, biological/social, nature/culture.

RESUMEN

Justificación: Hasta no hace demasiados años, la naturaleza y la biología eran de los pocos fenómenos que proporcionaban seguridad debido a su estabilidad. En la actualidad estos procesos están cambiando rápidamente y el imaginario social se debe adaptar. Objetivo. El objetivo de este trabajo consiste en conocer la opinión de los jóvenes sobre la reproducción asistida (captar las representaciones ideológicas, valores, y creencias).

Diseño y metodología: Se han realizado cinco grupos de discusión de seis jóvenes cada uno. La información generada en la investigación se ha presentado en forma de texto narrativo y posteriormente se ha realizado su análisis siguiendo el esquema propuesto de Miles y Huberman. (1994).

Resultados: Se han establecido seis categorías que han emergido de los discursos, y finalmente se han analizado en un mapa de significados.

Conclusiones: La tecnología reproductiva puede facilitar cambios en el territorio familiar y sobretodo en el femenino, al promover a partir de su reflexión cambios en las construcciones culturales de las personas.

Sería conveniente establecer programas educativos en los que se informara sobre las estadísticas

de infertilidad y sus causas, así como las técnicas de reproducción asistida que se pueden utilizar; éxitos, fracasos, y complicaciones, pues existe desconocimiento y confusión en sus futuros usuarios.

PALABRAS CLAVE: Jóvenes, Reproducción asistida, biológico/social, naturaleza/cultura.

INTRODUCCIÓN

Hasta no hace demasiados años, la naturaleza y la biología eran de los pocos fenómenos que proporcionaban seguridad debido a su estabilidad. En la actualidad, los procesos que intervienen en la procreación están cambiando tan rápidamente que no ha dado tiempo para que el imaginario social se adapte. Sin embargo, se ha transmitido a la opinión pública el mensaje de que todo es posible respecto a la reproducción asistida y que los riesgos o el fracaso que comporta son mínimos.

Con la medicalización del proceso de procreación se ha pasado a considerar la infertilidad/esterilidad¹ como un problema de salud, tanto desde la perspectiva sanitaria como de las personas que están experimentando las técnicas de reproducción asistida. Hoy en día resulta difícil considerar el embarazo biológico como un hecho natural, debido al intervencionismo protocolizado a que está sometido. Desde antes de la concepción con los consejos higiénico-dietéticos que se realizan en la consulta pregestacional, y una vez se ha conseguido el embarazo se continua con el diagnóstico prenatal (amniocentesis, biopsia de corion), las pruebas complementarias (analítica, ecografías..), la administración de polivitamínicos y los programas de educación

Si esto sucede ante una gestación normal, en caso de infertilidad la situación resulta más conflictiva puesto que nos enfrentamos a un hecho que en sí mismo no está previsto en la naturaleza. En la actualidad, la infertilidad es considerada y tratada como un problema de salud. La no incorporación de la dimensión sociocultural, presente en la construcción de la ausencia de embarazo deseado como problema, ocasiona un desencuentro en la relación medico-paciente, que redundo negativamente en el bienestar psicosocial de las pacientes. (Castañeda, 2001). Por otro lado, hemos de considerar que la

Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud de forma positiva y no como la ausencia de enfermedad (OMS 1986). En este sentido, el hecho de que una mujer infértil/estéril se considere enferma o no dependerá de cómo viva su infertilidad a nivel individual, es decir, hasta qué punto es capaz de desarrollar su propio potencial, se siente integrada sin discriminaciones, es solidaria, se relaciona, acepta y se siente bien consigo misma.

Los datos publicados por Oliva (2006) indican que en España más de 600.000 parejas podrían tener problemas de esterilidad, entendiendo ésta como la incapacidad de conseguir un embarazo después de un año de relaciones sexuales continuadas sin métodos anticonceptivos. Los datos ponen en evidencia, que cada año se produce un incremento en la demanda de fecundación asistida. En el año 2005, los centros públicos de Cataluña que realizan FIV tenían una lista de espera de 2123 pacientes y con una media de tiempo de espera de 16.8 meses (Oliva, 2006).

Esta demanda ha conducido a los responsables de los servicios de reproducción asistida a plantear unos criterios para la optimización de los recursos públicos destinados a las Técnicas de reproducción asistida (RHA), así como al posible establecimiento de un sistema de priorización de las personas que solicitan estas técnicas. Se han determinado unos factores pronóstico de éxito de la fecundación asistida, y unos de fracaso que pueden excluir a una persona de la posibilidad de utilizar estos métodos en la sanidad pública. (Tabla 1)

De esta propuesta lo que realmente preocupa no es la existencia de estos criterios ni su grado de adecuación, sino el hecho de que esta información la deberían conocer previamente los usuarios potenciales, para poder tomar una decisión en el momento oportuno. En la mayoría de ocasiones la información la disponen momentos antes de tomar una decisión.

A partir de una correcta información los usuarios afectados podrán tomar una decisión respecto a su fertilidad/infertilidad, teniendo en cuenta que los recursos del sistema público de salud son limitados. Las mujeres deben conocer que en la fecundación asistida la tasa de embarazos disminuye progresivamente con la edad de la mujer, sobre todo a partir de los 35 años, y que el porcentaje de

embarazos conseguidos es de alrededor del 30%. De todos es conocido que muchas mujeres, incluso las que tienen factores pronósticos de alta probabilidad de fracaso, reciben esta información cuando están en pleno proceso.

En este contexto y a partir de un estudio previo sobre la reproducción asistida y su comprensión pública, se nos planteó el objetivo de este trabajo que consiste en conocer la opinión de los jóvenes sobre la reproducción asistida (captar las representaciones ideológicas, valores, formaciones imaginarias y afectivas dominantes en el grupo sobre los temas tratados). Teniendo en cuenta este objetivo y las dimensiones que se pretendían analizar se decidió optar por la metodología cualitativa puesto que no pone su énfasis en predecir el comportamiento humano, sino en comprenderlo de la manera descrita por Max Weber como *Verstehen*. Esto es, se trata de comprender la intencionalidad de las acciones y desde el lugar de la otra persona. La comprensión, por tanto, es una forma de empatía. (De la Cuesta, 2004)

METODOLOGÍA

Para la generación de información se han realizado cinco grupos de discusión compuestos por seis jóvenes cada uno. La elección de los participantes se hizo en función de que tuvieran una edad comprendida entre los 17 y los 29 años. De los treinta participantes que intervinieron en el estudio veintiuno son mujeres y nueve hombres. Los jóvenes tenían una media de edad de 20 años con un rango entre 17 y 29. (Tabla 2). La mayoría son universitarios procedentes de diferentes disciplinas que se engloban en sanitarias, técnicas y sociales, y ocho jóvenes son estudiantes de bachillerato. Respecto a la tendencia religiosa de los participantes va de católicos, practicantes o no, a agnósticos.

Los grupos de discusión tuvieron una duración aproximada de dos horas. La entrevista grupal se hizo en una única sesión dirigida por la moderadora sobre una base de un guión semidirectivo. Las discusiones fueron grabadas y transcritas.

Para facilitar el diálogo y la interrelación entre los participantes del grupo se utilizó, como soporte de la técnica, unas noticias de prensa previamente seleccionadas sobre diferentes aspectos relacionados con el objeto de estudio, para su lec-

tura y posterior discusión. Al empezar a hablar sobre los temas que iban surgiendo de las distintas noticias estimuló la exteriorización de la opinión personal de los participantes².

La información generada en la investigación se ha presentado en forma de texto narrativo y posteriormente se ha realizado su análisis siguiendo el esquema propuesto de Miles y Huberman. (1994)

RESULTADOS

Se han establecido seis categorías³ que han emergido del discurso de los participantes, y finalmente se han analizado en un mapa de significados. Las categorías resultantes son las siguientes:

1. La infertilidad/esterilidad “esa gran desconocida”
 - Esterilidad: “la pareja tiene un problema”
 - El secreto ante la infertilidad/esterilidad
 - Causas de infertilidad/esterilidad narradas
2. Construcciones sociales sobre el parentesco
 - Influencia de la religión en las nuevas construcciones
3. La asistencia de la esterilidad: pública y privada
4. Las donaciones
5. Los avances científicos en el proceso de procreación: lo privado se hace público
6. Conocimiento, riesgo y prevención

1. La infertilidad/esterilidad, esa gran desconocida

Sería interesante que la población en general y los jóvenes en concreto, tuvieran más información sobre la infertilidad/esterilidad, sus causas, los posibles tratamientos, ámbitos dónde pueden llevar a cabo la reproducción asistida, público y privado, así como el porcentaje de éxito / fracaso de la FIV.

En muchas ocasiones reciben esta información cuando deciden tener un hijo y no lo consiguen. En este momento se acercan al sistema sanitario para conseguir ayuda, con la esperanza de que la tecnología solucione su problema, pero en muchas ocasiones esto no sucede. Bestard (2003) señala que las parejas durante el proceso de reproducción asistida tienen un sentimiento de soledad, de frustración y de incompreensión .

¿Qué ocurrirá con estos jóvenes que están sumergidos en las “verdades tecnológicas”, en la

idea de que todo se puede prevenir y conseguir? ¿Vivirán la infertilidad como una consecuencia posible de sus decisiones y por tanto sin frustración? O ¿se sentirán engañados socialmente, incomprendidos y más solos que las generaciones que los han precedido?.

Los jóvenes participantes en este estudio exponen argumentos que coinciden con los resultados de otras investigaciones. Ponen de manifiesto la importancia de la inmediatez y la escasa motivación que les produce un tema como la infertilidad/esterilidad, que no les concierne en esta etapa de su vida. La infertilidad la consideran como un problema futuro que ahora no les preocupa.

“De hecho todos estos estudios que puede ser que nos afecten de aquí unos años, cuando queramos tener un hijo, ahora a mi me resbalan un poco”.

“Cuando te lo ves encima si que lo ves como un problema grave, pero si no hasta que no eres consciente”

“Igual toda la vida ha sido así y no se sabía”

“Es que antes tampoco se hacían estudios, no sé” .

Son muchos los estudios realizados desde la psicología y la medicina que ponen en evidencia la dificultad que, en ocasiones, impide hacer llegar mensajes muy importantes a los jóvenes, como por ejemplo la utilización del preservativo para evitar infecciones de transmisión sexual o que no empiecen o dejen de fumar para evitar un posible problema de salud en el futuro. Estos mismos estudios también aportan diferentes formas de romper estas barreras comunicativas y lograr motivar a los jóvenes con otras técnicas educativas, quizás económicamente más costosas, que requieren más tiempo de intervención pero que resultan más efectivas.

Otro sentimiento descrito y contrastado en sus discursos es el de la invulnerabilidad, es la idea de que la esterilidad no les preocupa porque en esta etapa que están viviendo no les toca. Esto les sucede a otros. (Bayés, 1995)

“lo ven igual que el cáncer o cualquier enfermedad que puedan tener, es como bueno a mi no me tocará, y si te toca...”

“Los jóvenes nos pensamos que no nos pasará nada, claro, como con el tabaco yo también pienso que no me moriré porque sino no fumaría”

“El problema existe cuando se plantean tener un hijo”

“Tienes la visión de que tendrás tiempo de que no hace falta hacerlo tan rápido”

1.1 Esterilidad: “la pareja tiene un problema”

Socialmente se habla de pareja en términos de unidad con capacidad gestatoria. El conflicto surge cuando no pueden llegar a cumplir esta función. Cada miembro reacciona de forma distinta frente a las dificultades de reproducirse, pudiendo generar angustia, crisis e inestabilidad en la pareja.

Bestard (2003), en un estudio realizado sobre parejas infértiles en proceso de reproducción asistida encontró en sus informantes manifestaciones relacionadas con estos aspectos. La reproducción asistida no es neutra afecta a la pareja. Esta afectación puede manifestarse de diferentes formas, como ocurre cuando una pareja tiene que sobrellevar alguna situación familiar dura como la muerte de un hijo, una enfermedad, etc.

“También afecta la relación de pareja, hay más tensión”.

“Es como una complicación más, no?”.

“Si quieres tener hijos y no puedes es más tensión”.

“No están de acuerdo con ellos mismos”.

1.2 El secreto ante la infertilidad

La reproducción forma parte del ámbito de lo privado y constituye un elemento importante de la identidad personal, por lo que todos aquellos temas relacionados con este proceso suelen mantenerse en secreto. Los jóvenes no relacionan estos aspectos y el por qué es así, pero apuntan que las personas que están o han estado sometidas a procesos de reproducción asistida no hablan sobre el tema o escogen minuciosamente las personas con las que desahogarse. En algunas ocasiones, incluso las personas que han conseguido un hijo con ayuda de estas tecnologías, no lo comentan, es como si quisieran olvidar todo el proceso. En este sentido, encontramos similitudes con personas que sufren o



han sufrido alguna enfermedad grave como sucede con el cáncer, que una vez finalizado el tratamiento (en muchas ocasiones es imposible esconder la enfermedad mientras dura el tratamiento) no quieren hablar más de ello, como si nunca hubiera ocurrido.

“Mi prima lo lleva muy en secreto, me dijo: no se lo digas a nadie”.

1.3 Causas de infertilidad narradas

Respecto a las causas de infertilidad/esterilidad los jóvenes comentan, a diferencia de lo que sucede con las parejas que están en proceso de reproducción asistida, que los estilos de vida pueden influir en la fertilidad, aunque en general no parece que estos conocimientos contribuyan a cambiar sus conductas habituales.

La mayoría de estos aspectos tienen relación con el estilo de vida, la alimentación, la contaminación ambiental, el cuidado de los genitales, el consumo de sustancias de adicción, y los tratamientos anticonceptivos.

“Entre lo que se come y lo que la vida nos lleva”.

“Iremos a vivir a un medio rural, la gente allá esta embarazada a los 25 o 26 años, la gente no pasa apuros, la vida del pueblo es mucho mas tranquila, es más fácil criar una criatura que en la ciudad”.

Es como si se culpabilizaran, de hecho no apuntan en ningún momento, al azar, si no sus conductas sobretodo individuales y en algún momento colectivas.

“Hay cosas que no se pueden evitar, la contaminación, las drogas, los pantalones apretados. La temperatura, supongo que debe depender de lo que te pongas. Quizás si te pones algo de algodón calienta mas, no se si los hombres son conscientes de los riesgos?””Yo lo tengo muy en cuenta. Cuando me pongo un pantalón apretado o juego al fútbol”.

“También tiene mucho que ver la contaminación, dentro de España en Cataluña son menos fértiles que el resto de la población”.

“Ha disminuido la natalidad pero no hay facilidades”.

“Muchos problemas son causa del tabaco”.

“Deberían informar más por ejemplo del tabaco y la infertilidad”.

“Las mujeres cuando tienen que tomar pastillas anticonceptivas siempre dicen que no les acaban de gustar porque una posibilidad es que no puedas tener hijos si las tomas mucho tiempo”.

2. Construcciones sociales sobre el parentesco.

El Centro Demográfico de Cataluña ha estudiado el modelo de emancipación de los jóvenes, partiendo de la definición de juventud como un proceso de acumulación progresiva de los medios para acceder a la vida adulta. Los resultados coinciden con los discursos de los jóvenes participantes en este estudio sobre este tema, es decir, la edad se considera como la variable más importante para la emancipación, seguida de la renta personal y el nivel de instrucción/formación. Hemos considerado estas variables porque a su vez también condicionan la maternidad/paternidad.

Los jóvenes manifiestan:

“La edad de la maternidad se ha retrasado sobretodo por falta de dinero”

Acabar estudios. Trabajar. Tener un lugar donde vivir.

“Sí, primero tienes que acabar los estudios, después has de trabajar un tiempo” “no te puedes independizar tan fácil”, “tener un lugar para vivir, ¿no? Si quieres tener un hijo...” “Es muy diferente si estudias o trabajas”.

Los jóvenes consideran normal la utilización de la biotecnología y son conscientes de que esto

supone una pérdida de la familia tradicional, y de que despliega un abanico de posibilidades respecto a las relaciones de parentesco. Se produce una pérdida de lo que se considera natural ante lo cual no se puede hacer nada más que aceptarlo. Tampoco parece que realicen comparaciones para establecer qué era o es mejor para su presente y futuro. La ansiedad por la pérdida de la certidumbre en lo “natura” parece preocupar más a edades más avanzadas que en este periodo de la vida.

Parece, como dice Toffler (1999), que perciban que la familia pueda romperse, que salte hecha añicos, pero que vuelva a juntarse de un modo nuevo y fantástico. De la misma forma que las técnicas de reproducción asistida pueden ayudar a conseguir el hijo deseado en el momento deseado; del mismo modo que hoy en día puedes conseguir el cuerpo que deseas, o puedes mejorar o alargar la vida con un órgano o un miembro de otra persona.

Las categorías descritas desde la antropología sobre la sexualidad, el matrimonio, el parentesco y el género no contemplan las nuevas situaciones sociales que se están dando en los últimos años. En este sentido Borneman, (1996) defiende “el cuidar y ser cuidado”, lo defiende apuntando lo que Radcliffe-Brown (1950:51) denominaba “la familia primaria”, un hombre su mujer y sus hijos como el primer orden o unidad de estructura de un grupo humano. Por otro lado, Lévi-Strauss, (1969) destacó que no eran las unidades de parentesco lo que constituía la estructura elemental de la organización humana, sino la relación entre grupos, el reglamentado para el matrimonio y el tabú al incesto. Borneman apunta que ambos soslayaron el cuidado que se brindan los seres humanos. Subordinaron lo que había de humano en el parentesco a su forma de organización y a los medios de reproducción.

Las nuevas formas de familia son una realidad existente aunque estos autores apuntaron algunos aspectos que aun están muy presentes en la sociedad y que generan un debate constante y confrontaciones.

Ya que las nuevas tecnologías reproductivas obligan a adoptar nuevas terminologías y modificar ciertos discursos sociales, dado que suponen el cuestionamiento de conceptos como «paternidad», «maternidad» o «filiación» en un contexto etnográfico concreto. Grau Rebollo (2006).

2.1 Influencia de la religión en las nuevas construcciones sociales de las relaciones de parentesco.

“La religión cada vez pierde más peso sobre todo públicamente. Yo pienso que la religión es uno de los temas principales en todo lo relacionado con la familia, la reproducción, todo esto, pienso en los tabú y el principal generador de estos tabú es la religión”.

“Muchos problemas vienen de la religión, la virilidad, sino porque la mujer ha salido de la costilla de Adán. Muchos de los problemas que ha habido siempre vienen de la religión como los problemas de género”.

“A veces te tienes que casar porque pueden haber problemas, pues si se muere uno de la pareja el otro...”.

“Hombre no hace falta casarse por la Iglesia puedes casarte por el juzgado porque de hecho ya tienes los papeles, y ya está”.

“Yo he vivido la separación de los padres de una amiga y los dos se han vuelto a juntar con alguien que ya tenía hijos y es una niña con dos familias diferentes, tiene hermanos de todo tipo, yo veo que lo vive muy bien y que es una familia diferente”.

“El problema de la religión es que siempre quiere que se socialice todo y que todo sea una opinión en general y que todos tengan la misma opinión. Este es el problema que hay con la religión”.

Algunos no aceptan tener hijos fuera de la pareja, se continua vinculando la maternidad/paternidad con el proyecto de pareja.

“No lo haría lo respeto pero no lo haría”.

“Me parece injusto para el hijo porque también tiene derecho a tener un padre”.

“Yo no lo haría pero quien lo hace tiene mucho valor”.

Aceptan como familia “convencional” la que está compuesta por padre madre e hijos, pero ante los cambios opinan:

“Yo quiero añadir sobre el tema de los padres del mismo sexo, que encuentro que se trata de un proceso y que estamos en un periodo de acepta-

ción, pero una vez se haya aceptado será una cosa normal”.

”Yo creo que la sociedad apunta hacia un mundo donde se traten a las personas como personas sin diferencia de sexos por tanto la familia podrá ser una persona sola, dos o lo que sea”

”Para mi el padre es el que educa no el que pone el granito de arena, es el que educa”

3. Asistencia reproducción asistida: pública versus privada

Bestard, (1998) en su estudio señala la posibilidad de considerar la reproducción asistida como una opción más de reproducción desde el dominio social.

Los jóvenes que han participado en este estudio lo consideran en cierta medida de esta manera, aunque no saben si esto les gusta mucho o no, pero lo consideran así.

”La naturaleza del hombre ha de evolucionar, a mi no me gusta, pero creo que en un futuro los hijos se harán todos asistidos, saldrá más económico, más fácil, todos podrán trabajar, no habrá bajas maternas ...”.

En la actualidad, la infertilidad/esterilidad tiene repercusiones importantes para la persona y su entorno social, sin embargo, se desconoce las consecuencias que tendrá en un futuro próximo, puesto que se producirá unos cambios importantes en sus causas.

Probablemente, la infertilidad/esterilidad en un futuro pueda comportar, además de las repercusiones ya conocidas, otros problemas como un mayor grado de culpabilidad debido a que sus causas estarán relacionadas con el estilo de vida de las personas. Sería como culpabilizar al fumador de su cáncer de pulmón. En el caso de las parejas estériles responsabilizarlas de su maternidad/paternidad tardía y de sus hábitos no saludables.

Debido a todos estos aspectos es importante que la sanidad pública destine más recursos económicos a la reproducción asistida, puesto que de lo contrario tendrá que destinar una partida presupuestaria para la atención emocional de las parejas estériles en un futuro.

”Porque hay las públicas si hay una lista de espera de cuatro años. Entonces...”

”Si quieres tener un hijo todo es caro”.

4. Las Donaciones

Respecto a las donaciones de gametos cabe destacar dos conceptos que surgen del discurso de los participantes, el de la proximidad con el donante y el de riesgo. Como señala Bestard (2003) si el parentesco significa “raíces” o “lazos primordiales” les resulta más fácil imaginar la donación a una pareja infértile cercana a ellos, lo consideran como más cercano a la experiencia del parentesco.

”Yo lo haría en caso de que alguien cercano lo necesitara pero decir me voy a exponer a que me pase tal cosa o tal riesgo y no saber para quien es...”.

”Como un acto solidario no, pero si realmente hay un vínculo afectivo, pues llegado el momento”

De alguna forma los informantes constatan la contradicción sociocultural en la idea de la donación anónima. Simbólicamente se produce una separación de los dos términos, por un lado la donación es propia de las relaciones personales tanto de parentesco como de proximidad, y por otro lado el concepto anónima es propio de una relación mercantil que no implica ningún tipo de vínculo.

Un ejemplo de donaciones anónimas sería las que se basan en valores tanto religiosos como solidarios y en algunas ocasiones donaciones económicas.

”Es superbonito no tienen hijos y yo se lo voy a dar para ellos”.

”Mejor que la madre subrogada lo tome como un trabajo y cobre”.

Por otro lado en una sociedad llamada la “sociedad del riesgo” en que se pretende controlar todos los riesgos ya sean naturales, terroristas, propios de enfermedades, etc., crea incertidumbre y mal estar el hecho de someterse voluntariamente en una situación que puede comportar algunos problemas. Quizás, las donaciones eran mejor aceptadas en general, cuando la sociedad no disponía de



tanta información, de todas formas esta es una opinión que se debería constatar en próximos estudios.

“Expresamente no, si fuera una cosa urgente pues como con la sangre”.

“Yo no sería donante porque nadie te asegura al cien por cien que no te vaya a pasar nada”.

5. Los avances científicos en el proceso de procreación: lo privado se hace público

Los avances científicos provocan en los participantes un sentimiento de ambivalencia, por un lado los consideran necesarios, pero por otro lado les provocan ciertos temores respecto a la determinación de sus límites. Consideran que no disponen de la suficiente información sobre el tema.

“Yo pienso que tampoco te llega la información sobre las donaciones. Aparte de las donaciones de sangre no hay mucha información sobre el tema”.

La sociedad avanza más rápido que la política y legislación y esto genera incertidumbre. La naturaleza ha dejado de ser la fuente de la verdad para pasar a manos de la legislación. Las leyes pasan a considerarse muy importantes en este contexto –no natural-, pero su avance es mucho más lento que las demandas sociales, que los avances científicos. Esto genera un gran desconcierto en temas tan fundamentales para las personas como la actividad sexual, la procreación y el binomio salud-enfermedad.

“Miedo o desconfianza en el sistema jurídico. Si se hace bien perfecto”.

“Tienes que dar confianza porque sino hubiera sido así ahora no estaríamos donde estamos”.

6. Conocimiento, Riesgo y prevención.

No existe ninguna duda de que todos aquellos aspectos relacionados con la procreación son acontecimientos muy relevantes para las personas al igual que la prevención y el control de los riesgos relacionados con ella.

Al principio de este artículo comentábamos cómo la infertilidad en algunos casos se vive como un problema que afecta el bienestar personal llegando a producir sensación de diferencia en relación al otro y de marginalidad física y social. En este sentido, Bodmer (1984) apunta la necesidad de comprender los riesgos, las probabilidades y los aspectos epidemiológicos sobre un tema determinado, para estar en la mejor disposición de tomar las decisiones personales pertinentes. El grado de información y de comprensión sobre los riesgos y las probabilidades de las TRA, ponen en situación de inferioridad o superioridad la forma de afrontar las diferentes situaciones personales.

“Tendrían que explicar los riesgos de la investigación porque al fin y al cabo es una investigación”.

“Tendrían que informar más por ejemplo del tabaco y la infertilidad”.

“Se tendría que insistir más en la prevención, si por lo menos los chicos jóvenes supieran que el tabaco, la comida, los hábitos de vida saludables...”.

“Te dicen los problemas de infertilidad pero no te dicen que hacer, dónde acudir y también todas las posibilidades de tratamiento que existen”.

“Se deberían hacer revisiones, estaría bien que supieras que si tienes este problema si vas a buscar un hijo y sabes que tienes un largo recorrido –no empezarías tan tarde-”.

La percepción del riesgo en los jóvenes es diferente de las personas mayores, por lo que será necesaria una escucha activa de este colectivo para determinar qué aspectos sobre la reproducción asistida deben conocer y cuándo es el mejor momento de proporcionarles esta información.

Los jóvenes actuales son fruto de la sociedad del riesgo, o mejor dicho del control del riesgo, tienen la sensación de que todo se puede controlar, aunque posteriormente comprueben que no es así.

Jürgen Schumacher (1981) en su tesis, argumenta que en el ámbito de la pareja hay una serie de estrategias cuya finalidad es, “frente a los problemas con los que se ven confrontadas las parejas hoy en día más que nunca, reducir al mínimo los riesgos que vienen asociados al vínculo”. Diekmann y Engelhardt (1995) apuntan la reducción de lo que ellos denominan “inversiones específicamente matrimoniales” también en la misma línea de evitar riesgos. Dentro de estas inversiones se encuentran los hijos entre otras cosas. Por tanto, según estos autores esta prevención de riesgos también influiría a la hora de decidir tener un hijo cuando la pareja se siente más consolidada y con más posibilidades de éxito en su relación.

Por otro lado hoy en día no está bien visto no planificar, la persona que no planifica se la clasifica de irresponsable, y muchos de los acontecimientos que antes achacábamos al destino, hoy en día nos culpabilizan. Necesitamos información y además que sea buena, consejeros, especialistas en todo y como dice Giddens (1997) estas informaciones están interpretadas por personas no expertas en el curso de sus acciones cotidianas .

COMENTARIOS FINALES

- * Como se apuntaba en la hipótesis existe un desconocimiento y una gran confusión sobre las técnicas de reproducción asistida en el colectivo joven.
- * Como en otros estudios se constata la invulnerabilidad manifiesta de los jóvenes en este caso en relación con la infertilidad “a mi no me pasará”.
- * Creen que la infertilidad afecta a la pareja o puede afectarla negativamente y que es un problema que se mantiene en secreto.
- * Consideran que los aspectos relacionados con los hábitos de vida pueden influir en la fertilidad, pero no parece que influyan para cambiar sus conductas. Se detectan también conocimientos erróneos en relación a estos hábitos.
- * Piensan que el papel de la religión es fundamental cuando se habla de nuevas construcciones en relación al parentesco pero que a pesar de ello, estamos sumergidos en un proceso de cambio que con el tiempo normalizará todas las nuevas formas familiares.
- * Consideran que la asistencia pública debería cubrir las técnicas de reproducción.

- * Cabe destacar la importancia que le dan a la proximidad del donante, también apuntan otros aspectos como la solidaridad. Se detectan muchos miedos en caso de donaciones que entrañan algún riesgo para el donante.
- * Los avances científicos provocan un sentimiento de ambivalencia, por un lado los consideran positivos, pero por otro lado tienen miedo de la determinación de los límites legales.
- * Creen que la utilización de las técnicas de reproducción asistida será una forma más habitual y natural de tener un hijo en un futuro próximo. La tecnología reproductiva puede convertirse en el primer paso de los cambios en el territorio familiar y sobretodo en el femenino, al promover a partir de su reflexión cambios en las construcciones culturales de las personas que afectarán estos territorios. En el ámbito puramente biológico, las diferencias de sexo son inevitables, pero al ser una dimensión de la vida en sociedad no tiene sentido pensarlas al margen de ésta, ya que inmediatamente adquieren significados socioculturales. Si se pone en duda la naturaleza, como mínimo se establecerán dudas sobre el dimorfismo sexual y sus consecuencias, como la maternidad y paternidad .Stolcke (2002).
- * Existen similitudes entre las reacciones personales ante un diagnóstico de enfermedad y ante la infertilidad.
- * Los jóvenes no están bien informados, tienen información, pero en muchas ocasiones no es la adecuada para poder tomar las decisiones pertinentes en cada momento. Planifican pero sin disponer de todos los elementos, con lo cual la posibilidad de equivocarse es mayor. Sería conveniente establecer programas educativos en los que se informara sobre las estadísticas de infertilidad y sus causas, así como las técnicas de reproducción asistida que se pueden utilizar; éxitos, fracasos, y complicaciones. También deberían conocer las posibilidades públicas y privadas y el coste de las mismas.

Por otro lado también nos ha parecido detectar cierta confusión en relación a las adopciones. Quizás influidos por los medios de comunicación con la gran difusión de casos de adopción de personas “famosas”, acompañado del gran “boom” de adopciones que hemos tenido en Cataluña, han adquirido la falsa idea de que la adopción es fácil

de llevar a cabo y siempre se puede conseguir. Tampoco parece que conozcan la implicación económica que conlleva todo el proceso.

TABLA 1

Borrador del sistema propuesto en el ámbito español sobre la reproducción humana asistida.

Valoración global: Tiempo de espera 55% de la puntuación total.

Condiciones específicas de la pareja 45% del total.

Factores que suman

* Factores médicos: la condición médica que empeora el pronóstico en el tiempo y la edad de la mujer.

* Otros factores: el tiempo en lista de espera ya completado, fallo técnico previo y incidente en el ciclo anterior.

Factores que restan

* Hijos previos de la misma pareja o de la pareja actual

* No aceptación/asistencia reiterada al tratamiento de RHA

* Mal pronóstico en función de tratamientos reproductivos previos. Oliva (2006)

TABLA 2

EDAD MEDIA 20 AÑOS. RANGO 17-29 AÑOS.

17 años	.....2
18 años	.....6
19 años	.....5
20 años	.....8
21 años	.....3
23 años	.....1
24 años	.....2
26 años	.....1
28 años	.....1
29 años	.....1

BIBLIOGRAFÍA

- Bayés, R. (1995) Sida y Psicología. Barcelona.Ed. Martinez Roca.
 - Bestard, (2003) Parentesco y reproducción asistida: cuerpo, persona y relaciones. Publicaciones UB. Barcelona.
 - Bestard, J. (1998): Parentesco y modernidad. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

- Bodmer (1984). Royal Society . Informe Bodmer. Camara de los Lords.
 - Borneman, J. (1996) Cuidar y ser cuidado: el desplazamiento del matrimonio, el parentesco, el género y la sexualidad. <http://www.unesco.org/issj/rics154/bornemanspa.html> (06/03/2006. 18:26)
 - Castañeda, E; Bustos.H. (2001) La ruta del padecer de mujeres con diagnostico de infertilidad. Perinatal Reprod, Hum. Vol.5,nº 2 15:124-32.
 - Centro de Demografía de Catalunya. Universidad Autónoma de Barcelona.
 - De La Cuesta C. (2004). Cuidado artesanal. La invención ante la adversidad. Medellín. Universidad de Antioquia.
 - Giddens (1997). Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona. Peninsula.
 - Grau,(2006) Procreación, género e identidad. Debates actuales sobre el parentesco y la familia en clave transcultural Número 5, Diciembre. Disponible en:www.periferia.name [Consultado el 12/1/2007])
 - Lévi-Strauss, C. (1969). The Elementary Structures of kinship. Boston Beacon
 - Marques, J. V. (1983): No es natural: para una sociología de la vida cotidiana. Barcelona. Anagrama
 - Miles Huberman (1994). Qualitative data analysis. Un expanded source book. Newsbury Park CA. Sage.
 - Oliva.G. (2006): Proposta de criteris de cobertura pública i prioritizació en la reproducció humana asistida. Agencia d’Avaluació i Recerca Mèdiques de Barcelona. Annals de Medicina:Vol.89, nº2
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986) Carta de Ottawa per la Promoció de la Salut. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud.
 - Radcliffe-Brown (1950:51) Introduction. En A.R. Radcliffe-Brown y D. Forte (comps). African Systems of Kinship and Marriage. Oxford : Oxford University Press
 - Stolcke V. (2002) “¿Homo Clonicus?. El sexo de la biotecnología”. IX Congrès d’Antropologia FAAEE. Barcelona .
 - Toffler, A. (1999): El shock del futuro. Barcelona. Plaza y Janés Editores.
 - Von Wrighth GH.(1987): Explicación y comprensión. Madrid: Alianza Universidad.

¹ Infertilidad, dificultad para conseguir un embarazo. Esterilidad imposibilidad de conseguir un embarazo.

² Los titulares de las noticias eran los siguientes: “Hombres cada vez menos fértiles”, sobre la disminución del número de espermatoцитos de los hombres en Catalunya. “Una vida de ensayo”, sobre la primera niña que nació con fecundación “in Vitro”. “Los bancos de semen piden que el donante siga siendo anónimo”, “Montilla, promete legalizar las distintas formas de familia”. “Una brasileña da a luz un hijo de su nuera”. “Investigadores de Valencia i EUA encuentran células madre en el cerebro”. “Sanidad regula la donación de embriones”

³ Se han seleccionado palabras, expresiones o frases que mejor informan sobre los diferentes puntos de vista. Se ha buscado la significación que tienen para los informantes y se han organizado las frases coherentemente para poder estructurar las categorías

SATISFACCIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO EN LOS PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, MATAMOROS, TAMAULIPAS, MÉXICO.

Mce. Hermelinda Avila Alpirez¹, Dra. María Mercedes Rizo Baeza²,
Dra. Yolanda Flores Peña³.

¹Profesora de Carrera "G" y Coordinadora de Seguimiento del Egresado de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. (UAMM-UAT). Estudiante del Doctorado Cultura de los Cuidados de Alicante, España

²Doctora en Enfermería Profesora Titular del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante, España.

³Doctora en Enfermería. Profesora de tiempo completo. Facultad de Enfermería de la Universidad Autonoma de Nuevo León

Agradecimiento al teacher Victor Hugo Aguirre Borrego por su apoyo en la traducción de este artículo



NURSING CARE SATISFACTION IN PATIENTS AFFECTED BY DIABETES MELLITUS TYPE 2.

SUMMARY

Introduction. Developing a qualitative description of experiences and satisfaction before nursing care of patients suffering from DMT2, within the Internal Medical Ward, NHS Matamoros Tamaulipas (Mexico)

Methodology. The present study emerges from the qualitative and the phenomenological pattern so allowing the understanding of experiences lived by real people - in this particular case - of people affected by DMT2. The sample studied was of 8 subjects, selectively proposed trying to obtain the

highest variability, thus maximizing the diversity of the studied phenomenon.

The technical data collection of information used was a semi-structured guided interview.

Outcomes. The patient is satisfied when perceiving the vocational service and well-meaning on the nurse's part. The degree of satisfaction is perceived as "a limited field of acceptance", expressed as: "well ... at least..." as a reference to the context.

The satisfaction factors are conceptualized by the patient according to how the nurse "backs", "helps", "heals", "reassures" the patient with his/her presence.

The diabetic patient visualizes, perceives the non satisfaction factors as that nursing care provided by the nurse in terms of "exclusively professional" duties.

Patients do establish differences between exclusive "medical provider" and "love provider".

KEY WORDS: Nursing care satisfaction, Diabetes mellitus Type 2.

RESUMEN

Introducción: Describir cualitativamente las experiencias y satisfacción ante el cuidado enfermero de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2

(DMT2) en el servicio de Medicina Interna del Instituto Mexicano Seguro Social de Matamoros Tamaulipas.

Metodología: El presente estudio parte del modelo cualitativo y del método fenomenológico, que permite comprender las experiencias vividas por las personas, en este caso los pacientes con DMT2. La muestra fue de 8 sujetos, seleccionados propositivamente buscando la variabilidad máxima, es decir maximizando la diversidad del fenómeno estudiado. Como técnica de recolección de información se utilizó una guía entrevista semi-estructurada.

Resultados: El paciente siente satisfacción cuando percibe la vocación y la voluntad de servicio de la enfermera.

La satisfacción por buena atención se concibe como un campo de aceptación limitada, expresado como “en lo que cabe” como referencia del contexto.

Los factores de satisfacción son conceptualizados como la enfermera que con su presencia da apoyo, seguridad, alivio y afecto

El paciente diabético visualiza los factores de no satisfacción, a los cuidados de la enfermera que se establecen solo como deber profesional. Distinguen entre la proveedora de medicamentos y la dadora de cariño

PALABRAS CLAVES: Satisfacción del cuidado enfermero; Diabetes Mellitus Tipo 2.

INTRODUCCIÓN

Históricamente a nivel internacional, la vigilancia de la calidad de la asistencia de enfermería ha sido motivo de preocupación, como un problema social y organizativo y ha significado un estilo de trabajo permanente. (Martínez, 1988).

Durante la última década la mayoría de los países de América Latina, al igual que los del resto del mundo, se encuentran en una búsqueda común de mejores formas de organizar y financiar los servicios de atención a la salud. Una gran parte del movimiento de reforma se ha originado por la comprensión de que los sistemas de salud deben renovarse. El Sistema de Salud Mexicano, inició el proceso de reforma con la intención explícita de

transformar las instituciones de salud para su mejoramiento y estableció como propósitos principales: Equidad, Calidad y Eficiencia (Frenk, 1994).

El sistema mexicano de salud enfrenta un serio problema tanto en el componente técnico de la atención como en la calidez de los servicios. Estos problemas de calidad, son claramente percibidos como prioridad por la población mexicana. (Plan Nacional de Salud [PNS], 2001-2006).

La satisfacción del paciente con el cuidado a la salud es una preocupación que ha llamado la atención de administradores, trabajadores de la salud consumidores y evaluadores del cuidado de la salud. Una razón para esta atención es que se cree que la satisfacción del paciente es una meta de prestación del cuidado de la salud (Susie, 1987)

La diabetes mellitus Tipo 2 (DMT2) figura como una de las diez primeras causas de muerte en la esfera internacional, tanto que afecta aproximadamente al 6% de la población en el mundo; mientras que en México se reporta en un 8.2% de la población entre 20 y 69 años y cerca del 30% de los individuos afectados ignora que la tiene (Secretaría de Salud 2000 y Landeros 2000).

En estudios realizados en México, la prevalencia de la diabetes mellitus varió con la edad de los individuos. La más alta se encontró en los sujetos de entre 70 y 79 años de edad. La enfermedad fue más frecuente en algunos estados de la zona norte como Tamaulipas (9.5%) Los habitantes con derecho a asistencia del IMSS tuvieron una prevalencia de diabetes de 8.9% y una razón del 4.6 de diagnosticados sobre hallazgos (Encuesta Nacional de Salud [ENSA], 2000)

El presente estudio se ha realizado de acuerdo al marco conceptual de Eriksen (1980 y 1995), el cual determina las dimensiones del cuidado que influye en la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería durante la hospitalización. Siendo la base para este proyecto en el que se aborda el problema desde la perspectiva metodológica de tipo cualitativo.

Planteamiento del Problema

La pregunta de investigación a responder en este estudio es:

¿Cómo describen su experiencia y satisfacción

ante el cuidado enfermero en el IMSS los pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

OBJETIVO GENERAL

Describir cualitativamente las experiencias y satisfacción ante el cuidado enfermero de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el servicio de Medicina Interna del IMSS en Matamoros (Tamaulipas).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la satisfacción del paciente ante los cuidados de enfermería y los elementos para su valoración.

2- Explorar la percepción de los pacientes sobre los factores que motivan a la enfermera a proporcionar cierto tipo de atención.

3- Caracterizar la interrelación paciente-enfermera, desde el punto de vista del paciente.

Marco Conceptual

Conceptualizaciones del cuidado

El cuidado esta surgiendo como un concepto importante para la profesión de enfermería y esta influyendo rápidamente en la teoría, la investigación, la práctica y la educación de enfermería. El cuidado incluso es descrito como "la esencia de enfermería y es la característica central, dominante y unificadora de enfermería" (Leininger 1998).

Como característica universal, el cuidado en general es percibido como una característica básica constante que forma la base de la sociedad humana. El cuidado es considerado necesario para la supervivencia humana, un componente esencial del ser humano (Morse et al,1991)

En la presente investigación, el sustento teórico ha sido el marco conceptual de Eriksen (1988), en el que determina las dimensiones del cuidado de enfermería que están relacionadas con la satisfacción e insatisfacción del paciente durante su hospitalización. Y en el que se define "la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería, como la congruencia o acuerdo entre las expectativas de los pacientes cuidados y su percepción de la experiencia actual". De acuerdo a Eriksen (1995), existen factores individuales que influyen en la satisfacción con el cuidado de enfermería como son sexo, edad, percepción del estado de la salud y número

de hospitalizaciones. Estos factores determinan diferencias en la evaluación del paciente respecto a su satisfacción.

Ware et al (1978), señalan ocho dimensiones del cuidado de enfermería, pero para Eriksen (1988), en el cuidado de enfermería hospitalario sólo considera seis dimensiones. Descarta dos dimensiones, siendo éstas las de finanzas y accesibilidad ya que considera que éstas no están directamente relacionadas en forma directa con el cuidado de enfermería.

Las seis dimensiones del cuidado hospitalario son:

1.-Arte del cuidado que se enfoca a la cantidad de "cuidado" demostrado por el proveedor del cuidado de la salud. Las características de satisfacción incluyen interés, consideración, amistad, paciencia y sinceridad. Las características negativas son las conductas precipitadas, falta de respecto y causantes de dificultad, dolor, insulto o preocupación innecesaria, por parte del proveedor del cuidado de salud.

2.-Calidad y técnica del cuidado se refiere a la destreza técnica y habilidades de los proveedores en los procedimientos necesarios para el cuidado: habilidad para el cuidado, experiencia, perfección, entrenamiento, poner atención a los detalles, evitar errores hacer buenas indagaciones, y proporcionar claras explicaciones a los pacientes. Las conductas negativas en este apartado incluyen falta de habilidad en el desarrollo de los procedimientos, inexperiencia, métodos obsoletos, toma de riesgos innecesarios y sobreprescripción.

3.- El ambiente físico es el medio en el cual se proporciona el cuidado. La satisfacción con el ambiente incluye una atmósfera placentera, sillas confortables, atractiva sala de espera, señales e instrucciones claras, buena iluminación, limpieza y pulcritud.

4.-La disponibilidad se enfoca en el servicio y personal. Los aspectos positivos incluyen conseguir una enfermera cuando se necesita y recibir el cuidado.

5.- La continuidad del cuidado está definida en términos de entrega del cuidado por el mismo proveedor. Los aspectos positivos se asocian con el seguimiento de las necesidades del paciente por el personal de enfermería de los diferentes turnos.

6.- La eficacia/resultados del cuidado en la percepción del paciente acerca del cuidado que el esperaba de enfermería. Los aspectos relacionados con la satisfacción incluyen alivio del dolor, participación en el cuidado y educación para el cuidado en el hogar (Eriksen, 1988).

METODOLOGÍA

Paradigma y método de aproximación

El presente estudio parte del modelo cualitativo y del método fenomenológico de investigación, ya que desde ellos se posibilita comprender cómo las personas perciben su mundo y le dan un significado; es decir permite comprender las experiencias vividas por las personas, en este caso los pacientes con DMT2.

La investigación cualitativa en salud trabaja con significados de las acciones, creencias, valores, actitudes y relaciones humanas, asimilados a partir de una observación del investigador, o sea, él capta un fragmento o parte de la realidad. El énfasis está en comprender y analizar la dinámica de las relaciones sociales establecida como una vivencia y experiencia en lo cotidiano, comprendidas dentro de estructura e institución (Minayo, 1994 y Flores, 2004).

Tipo de estudio y diseño

El presente estudio tiene un diseño de tipo descriptivo-interpretativo a partir de una aproximación cualitativa fenomenológica.

Población y muestra

La población de estudio fue la de los adultos con diagnóstico de DMT2 que en el momento de la realización de la investigación se encontraban hospitalizados en el

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Hospital General de Zona #13 Norberto Treviño Zapata en de la ciudad de Matamoros, Tamaulipas.

La muestra se seleccionó propositivamente buscando la variabilidad máxima, es decir maximizando la diversidad del fenómeno estudiado, con la intención de recoger las diferentes visiones para tener una perspectiva más completa de la amplitud del fenómeno, seleccionando a los participantes según su posibilidad y disposición para aportar la información y datos (Sanmamed, 1995).

Los criterios para la inclusión en la muestra de informantes fueron: hombres y mujeres, que tuvieran diagnóstico de DMT2, de entre 25 y 75 años de edad y que tuvieran como mínimo dos hospitalizaciones anteriores

Contexto

Área de hospitalización de Medicina Interna del IMSS en Matamoros, Tamaulipas.

Técnica de recolección de información

La técnica que se utilizó fue la entrevista individual empleando como instrumento una guía semi-estructurada

El instrumento de recolección de la información se conformó con dos componentes: una ficha de datos sociodemográficos y la guía de entrevista:

El análisis de los datos

Método de análisis.

Se realizó utilizando el método de análisis de contenido de tipo semiótico (Barthes, 1993). Considerando que la construcción social de los significados se realiza a partir de constantes connotaciones en función del horizonte cultural que conforma a las personas, y a que el mundo se comprende como un vasto campo de sentido, y desde ahí se resignifica.

Unidad de análisis.

8 Documentos estenográficos, resultado de la transcripción de las audiograbaciones de entrevistas semiestructuradas dirigidas. Al considerar que la perspectiva de cada informante es resultado de una construcción sociocultural colectiva, las entrevistas se analizaron como un solo discurso.

Objeto del análisis.

La perspectiva subjetiva y la interpretación del paciente con DMT2 sobre el cuidado enfermero en cuanto a sus experiencias, satisfacción y percepción de la interacción enfermera paciente.

Consideraciones Éticas

La presente investigación se adaptó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación con Seres Humanos (Secretaría de Salud, 1987).



RESULTADOS

ETAPA I

ANÁLISIS DE CONTENIDO SEMIÓTICO-TEMÁTICO

Categorización temática

1) A partir del análisis semiótico se ubicaron 19 categorías temáticas y de 2 a 4 subtemas en cada una.

Al reclasificar la información estas categorías se retomaron como subcategorías agrupándolas en ocho categorías más generales:

- A. Conceptos; enfermedad (“que no se quita”) y enfermera (cuidadora e impulsora)
- B. Significación (enfermera, cuidados-atención)
- C. Vivencias e impacto emocional (cuidar, conversar, mimar, bromear, alentar,)
- D. Roles (enfermera, paciente, médicos, familia,)
- E. Eventos del proceso de la atención (inyectar, curar, limpiar, medicar)
- F. Contexto hospitalario (sobrecarga de trabajo, limitaciones y carencias, percepción diferenciada jerárquica médico – enfermera - paciente)
- G. Frecuencia de ingresos al hospital
- H. Capacitación que tienen o debería tener la enfermera (conocimientos para la atención, orientación en relaciones humanas y comunicación).

Notas interpretativas

El paciente como persona que sufre en su cuerpo y en su espíritu, cuerpo que debe ser atendido y espíritu que debe ser confortado y alentado.

La percepción de la diabetes como incurable y algo que no se quita.

Se ve a la enfermera como proveedora, con expectativas de vocación y entrega al paciente como hermana, hija o madre que atiende.

La satisfacción por buena atención se concibe como un campo de aceptación limitada, expresado como “en lo que cabe” como referencia del contexto. Los factores de satisfacción son conceptualizados como la enfermera que con su presencia da apoyo, seguridad, alivio y afecto.

El paciente diabético visualiza los factores de no satisfacción, a los cuidados de la enfermera que se establecen sólo como deber profesional. Distinguen entre la proveedora de medicamentos y la dadora de cariño.

El paciente se significa como objeto y oportunidad de responsabilidad de la enfermera, como una relación de dependencia profesional y emocional.

Las condiciones deseables para el proceso de cuidado se concibe como mútuo, pero en una relación de acción para la enfermera y de recepción pasiva y resignada del paciente. La voluntad de servicio de la enfermera es significada como elemento indispensable para la confianza.

Se percibe a la enfermera como un proceso de continuidad del actuar del médico, no de confrontación, simbolizada como una relación de orden jerárquico vertical médico- enfermera-paciente.

Las condiciones hospitalarias se perciben como carencia y limitación que influye en la calidad de la atención emocional y en los cuidados de la enfermera. La carga de trabajo, la cantidad de pacientes que atienden limitan la oportunidad de comunicación y de relación personal.

El discurso de los informantes sobre si los sentimientos, las emociones, la compasión o la empatía motivan a la enfermera a proporcionarles mejor atención, muestra elementos para considerar que las emociones y los sentimientos son resignificados permanentemente en una relación dar-recibir. El paciente es emotivo, la enfermera es empática, la enfermera muestra afecto, el paciente da afecto. “Se siente el modo de cómo le hablan a uno”. Se establece una relación de reciprocidad emocional. “Nos hablan bien, pues nos sentimos bien y le decimos y damos todo bien”

ETAPA II
ANÁLISIS SOCIO-SEMIÓTICO NARRATIVO
DE NIVEL ACTANCIAL

El análisis socio-semiótico actancial resultó útil para establecer más puntualmente las ideas centrales de la narrativa del paciente, quien en las entrevistas y consecuentemente en los textos resultados de las transcripciones, fungió como sujeto locutor (quien habla de).

Los valores de sentido en la satisfacción del cuidado enfermero

En el Cuadro Matricial No. 1 se muestra la articulación de los valores de sentido (lo que en la narrativa se asume como valioso, lo deseable, lo que debe ser) presentes en la concepción de los pacientes, sobre la satisfacción del cuidado de las enfermeras en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2,

Cuadro Matricial No.1
Los valores de sentido

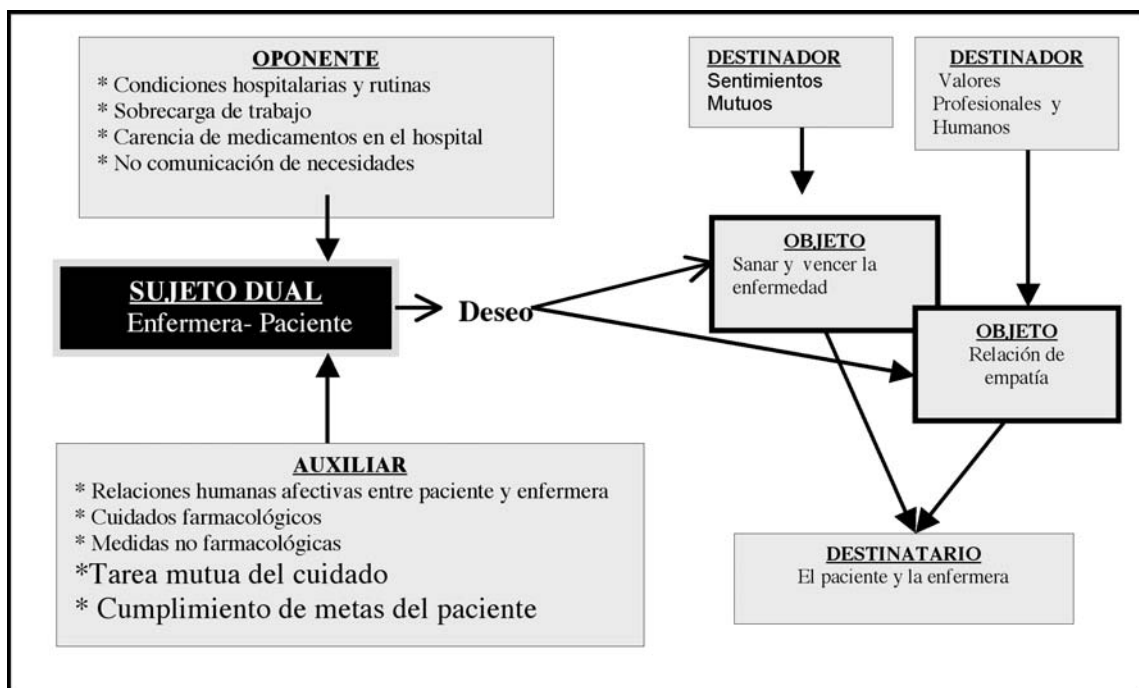
Esquema actancial

En el esquema actancial, podemos observar las relaciones significativas que se establecen entre los actantes y así podemos comprender los procesos de significación entre la dualidad enfermera-paciente. Recordando que éste se configura por diversos actantes: un sujeto que desea un objeto, un objeto que lo posee un destinador y recae en un destinatario, y un oponente y un auxiliar para que el sujeto logre el objeto deseado (Greimas, 1993).

En el siguiente esquema se presentan los programas narrativos y las relaciones que se establecen.

CATEGORÍA VALORAL	SUBCATEGORÍA
LA SATISFACCIÓN	SEGURIDAD Y ENTREGA
	VOCACIÓN Y AFECTO
	ALIVIO Y APOYO
LA ENFERMEDAD	INCURABLE
	SUFRIMIENTO CORPORAL
	SUFRIMIENTO ESPIRITUAL
EL PACIENTE	RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERA
	CUERPO COMO ATENCIÓN Y CURACIÓN
	ESPIRITU PARA ALENTAR Y CONFORTAR
LA ENFERMERA	AFECTUOSA Y PACIENTE
	SENSIBLE Y COMUNICATIVA
	CUIDA Y SANA
	CON PREPARACIÓN Y EXPERIENCIA
LA FAMILIA	MADRE-HIJA-HERMANA
	PRESENCIA AUSENTE
	ACOMPANAMIENTO
	PROLONGACIÓN DE LA ENFERMERA
EL HOSPITAL	EMOCIONES
	CARENCIA Y LIMITACIÓN

EL ESQUEMA ACTANCIAL FUNDAMENTAL



CONCLUSIONES

El estudio permitió describir cualitativamente las experiencias y satisfacción ante el cuidado enfermero de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

El paciente siente satisfacción cuando percibe la vocación y la voluntad de servicio de la enfermera.

La satisfacción por buena atención se concibe como un campo de aceptación limitada, expresado como “en lo que cabe” como referencia del contexto.

Los factores de satisfacción son conceptualizados como la enfermera que con su presencia da apoyo, seguridad, alivio y afecto

El paciente diabético visualiza los factores de no satisfacción, a los cuidados de la enfermera que se establecen sólo como deber profesional. Distinguen entre la proveedora de medicamentos y la dadora de cariño

BIBLIOGRÁFICAS

- Barthes, R. (1993), La aventura semiológica, Barcelona, Editorial Paidós
- Encuesta Nacional de Salud [ENSA],(2000) Tomo dos la salud de los adultos Instituto Nacional de Salud Publica
- Eriksen, L .P. (1988) Patient Satisfaction: An Indicator of Nursing Care Quality Journal of Nursing Measurement,Vol. 18,No 7, Springer Publishing Company pp 31-35
- Eriksen, L .P. (1995) Patient Satisfaction With Nursing Care: Concept Clarification Journal of Nursing Measurement,Vol. 3,No 1, Springer Publishing Company pp 59-76.
- Flores, P.,Y (2004) Histórico Escolar y proyecto de investigación Tesis de Doctorado Universidad de Sao Paulo, Brasil.
- Frenk, J (1994). Hacia la reforma del sistema de Salud: Una propuesta Estratégica, Económica y Salud, documento para

análisis y la convergencia. México: Fundación Mexicana para la salud , serie 12.

- Landeros, O. E. (2000). El Panorama Epidemiológico de la Diabetes Mellitus. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico 8, (14), p.p 56-59
- Leininger, (1998). Análisis Comparativo de las Conceptualizaciones y Teorías del Cuidado. IMAGE: journal of Nursing Scholarship vol. 23, No 2, Summer, 1991, pp. 119-126.
- Martínez, J., H (1988). Sistema de auditoría médica hospitalaria. Rev Cubana Adm Salud; 14(1):p.p 55-72
- Minayo,S. M.(1994) O desafio do conhecimento:pesquisa cualitativa em saude.7a. ed.São Paulo:Hucitec-Abrasco pp269.
- Morse MJ, Bottorff J, Neander W y Solberg S (1991). Comparative Análisis of Conceptualización y Teoría del Cuidado Journal of Nursing Scholarship (Vol 23 No.2 pp119-126
- Plan Nacional de Salud [PNS],2001-2006.Informe oficial de México
- Sanmamed, S.,F (1995) Introducción a la Investigación Cualitativa Formación Medica Continuada en la Atención Primaria Vol. (2) 1 23- 28
- Secretaria de Salud (2000). Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994.Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como norma oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Recuperado el 06 de Julio del 2005 de, <http://www.codamedver.gob.mx/NOMs.htm>
- Secretaria de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación. Recuperado el 08 de Junio del 2004 de, <http://www.cij.gob.mx/conocenos/transparencia/rlgsmis.pdf>
- Susie, L.P (1987). Toward a theory of patient satisfaction Ser .Med Printed in Grat Britain pp 577-582
- Greimas, A. J. (1993). La semiótica del texto, Barcelona, Editorial Paidós
- Ware, J., Jr. Davies., A.P & Snyder, M.(1978)A taxonomy of patient satisfaction. Health _ Medical Care Services Review,1(1),1-15



MISCELÁNEA

Carta al director

Escuela de cuidados.

Señor Director:

Quisiera comentarle las impresiones que respecto a las visitas de familiares tengo.

Es habitual que cuando ingresa un enfermo en la UCI, las visitas sean estrictamente restringidas en cuanto al tiempo y número de visitantes.

Nuestra unidad no iba a ser una excepción. El horario oficial de visitas es de 13 a 13.30, de 17.30 a 18 y de 20.30 a 21 horas.

Se restringe el nº de visitas a 2 por cama, pudiendo renovarse las veces que quieran.

Esto crea un trasiego peculiar durante las horas de visita con carreras de relevos por los pasillos para intercambiarse

Claro que hay pacientes menos populares.

Nuestros pacientes politraumatizados son jóvenes, con frecuencia vemos las caras de sus familiares, en especial madres y jóvenes esposas angustiadas cuando les pedimos que se salgan porque se ha acabado la visita

¿Ya? Es que soy su madre....

Esto, a menos que seas un auténtico témpano, te pone los pelos como escarpas.

“Lo siento, mañana puede volver a las 13. Es la norma.”

Pues sí, es la norma pero ¿es lo mejor? Y ¿para quién?

Está claro que no para el familiar, pero es por el bien del enfermo.

¿Seguro? A poco que el enfermo tenga algo de conciencia empieza a preguntar por su gente, y no comprende una norma que lo angustia, desespera, le hace las horas interminables y le resta privacidad, porque no es ni parecido lo que le alimenta la comida cuando se la da su “Mari”. Cualquier paciente consciente en la actualidad tiene al lado su teléfono móvil por el que continuamente está hablando si el saldo se lo permite.

Algunas enfermeras de mi Unidad nos empezamos a preguntar ¿qué pasaría si somos un poco más flexibles con el horario?

Claro que todas las situaciones no son iguales. Algunos pacientes no demandan al familiar o amigo.

Algunos familiares no demandan una visita mas flexible, otros ven como un signo de empeoramiento el que les dejes más tiempo.

La biodiversidad humana es enorme.

Empezamos a probar en aquellos enfermos de prealta, -es decir los que se prevé que pasen en pocos días a la planta,- a citar a su previsible cuidador principal, - aquél al que ante la difícil pregunta ¿quién se va a hacer cargo de fulanito cuando salga de la UCI? se señalan con el dedo-.

Esto nos planteó más de una reflexión previa, ¿lo estaremos haciendo bien?

En primer lugar porque algunas funciones que hace la enfermería concretamente las auxiliares, como dar de comer al enfermo iban a ser propuestas para realizarlas el familiar y esto podía no gustar a estos profesionales, si bien cuando empezamos a aplicar nuestro plan no pusieron ningún impedimento, aunque hubo algunos momentos tensos cuando alguna persona ajena al estudio advertía al familiar entrante sobre el incumplimiento que hacia de la norma del horario. En segundo lugar porque algunos médicos cuando entran en la sala y ven familiares fuera de las horas de visita nos piden explicaciones, y no siempre participan de nuestras “técnicas” de participación. Intentamos solventar posibles problemas en este aspecto consultando nuestro plan con nuestra supervisora a fin de que nos autorizara a la realización del experimento, si bien la burocracia en lo referente a quién tenía que autorizar dicha innovación nos hizo comenzar el estudio previamente a ésta.

También nos planteaba la duda ética de si no estaríamos adelantando en unos días el calvario por el que va a pasar el dispuesto familiar, ya que en muchos casos, han pasado de tener un familiar autónomo a uno largamente -cuando no de por vida- dependiente. Esta pesada carga con frecuencia se queda para las madres y esposas, aunque hay cada vez más excepciones que rompen el tópico. La ayuda con la que van a contar estas heroínas y héroes es escasa.

El apoyo de la familia va retrocediendo de forma directamente proporcional a la duración del

proceso, según relatan cuando pasa un tiempo los cuidadores familiares. Muy pocos cuentan con cuidadores secundarios.

Los cuidadores pagados, cuando el nivel económico lo permite, no siempre son profesionales. Hay que recordar que cuando se pone un anuncio en la prensa buscando una cuidadora domiciliaria para una persona dependiente, prácticamente el 100% de solicitantes son mujeres inmigrantes sin formación en cuidados.

La nueva ley de dependencia se hace fuerte en las unidades de día y las plazas en residencias pero presenta lagunas en la atención domiciliaria.

BIBLIOTECA COMENTADA

Título original: A nővér.

Título de la versión en español: La hermana.

Autor: Sándor Márai.

Editorial: Salamandra, S.A.

Sándor Márai, vino al mundo en 1900 en Kassa, un pequeño pueblo húngaro que en la actualidad pertenece a Eslovaquia. Tras un periodo de exilio voluntario en Europa durante los años veinte, abandona definitivamente su país en 1948 con la llegada del régimen comunista emigrando a los Estados Unidos de Norteamérica.

Su obra estuvo prohibida en Hungría, su país, lo que hizo caer en el olvido, al que muchos han venido a considerar uno de los escritores más importantes de la literatura centroeuropea. Hubo que esperar algunos decenios, hasta el ocaso del comunismo, para que Sándor Márai fuese redescubierto en su país y en el mundo entero.

Desgraciadamente se quitó la vida en 1989 en San Diego, California, pocos meses antes de la caída del muro de Berlín.

Escrita en 1946, esta obra constituye un claro exponente de la especial sensibilidad con la que, su autor, aborda las preocupaciones primordiales del ser humano, aquellas que trascienden la historia, la cultura y los pueblos.

La pasión, el dolor, la enfermedad, el éxtasis del arte y el misterio de la muerte, son algunos de esos temas intemporales, que el autor húngaro, trata magistralmente en esta obra, la última que publicara en su país antes de exiliarse.

Finalmente, nuestra firme creencia de que esto era para el bien del enfermo, del cuidador familiar, y de la relación paciente-familiar-enfermería nos hizo seguir adelante.

M^a Angustias Navarro Guzmán

Ana María Rodríguez Cuesta.

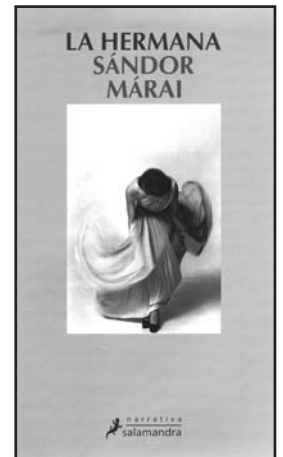
Enfermeras de la UCI de Neurotrauma del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

La obra relata las experiencias vividas por "Z.", un pianista, que en la cumbre de su fama y cuando se dirige en tren a Florencia invitado por el gobierno italiano para dar un concierto, se siente indisputado y es ingresado en un hospital florentino aquejado de una rara enfermedad vírica.

En el hospital, mientras se debate entre la vida y la muerte, tendrá lugar un diálogo intenso y decisivo con el médico y las enfermeras que lo atienden, una indagación sin concesiones sobre el precario equilibrio entre el poder curativo de la ciencia y el espíritu de lucha del paciente.

La novela trata con elegancia y absoluta lucidez la profunda relación que se establece entre el paciente y sus cuidadores. Al protagonista ante el ineludible encuentro con el dolor y la enfermedad, sólo le queda bucear en los límites de su ser y de sus fantasmas personales.

Una gran novela sobre la relación entre el hombre y el sufrimiento físico y espiritual, donde la enfermedad es narrada con formidable y angustiosa precisión.

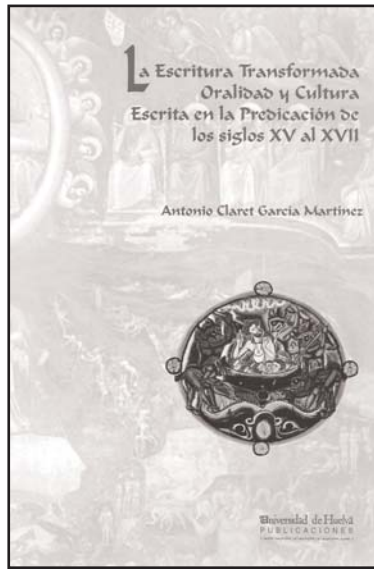


Juan Mario Domínguez Santamaría.

García Martínez, A.C. (2006)
La escritura transformada.
Oralidad y cultura escrita en
la predicación de los siglos XV
al XVII. Publicaciones
Universidad de Huelva, Huelva
475pp.

De nuevo nos llega una obra del doctor Antonio Claret García Martínez y resulta obligado abandonar el ajetreo de la rutina diaria para zambullirse en condiciones en este auténtico océano en el que se hallan integrados distintos mares dialécticos: mar documental, mar metodológico y analítico, mar hermenéutico y, por último, el mar colmado de la síntesis explicativa. Esta nueva aportación del profesor García Martínez hay que encuadrarla en la larga ristra de trabajos que ha realizado junto a su inseparable hermano Manuel Jesús, en la historia de una actividad humana que ha resultado esencial para la evolución del ser humano: la religión. Los numerosos artículos, monografías y reediciones de materiales históricos constituyen patrimonio de esta singular y encomiable pareja filial responsable, por otro lado, de la única revista monotemática de historia de la enfermería "Híades", versan un mismo motivo: la influencia religiosa en los cuidados de los seres humanos. El holismo, omnipresente en la asistencia desarrollada por órdenes religiosas como los hermanos de San Juan de Dios, se demuestra nada más ojear alguno de sus reglamentos donde quedaba patente la integración de las dimensiones espiritual y corporal en los cuidados de salud.

Esta nueva aportación constituye un referente para todos aquellos interesados en conocer la naturaleza compleja de la "predicación" en sus diferentes formas: oral, escrita y cultural. Se trata de un extenso volumen trabajado con la exquisitez del orfebre y la dinámica del amante del lenguaje metafórico acostumbrado a descifrar los significados menos aparentes de los materiales históricos con los que trabaja. El autor vertebró el texto mediante cinco pilares básicos compuestos por capítulos a los que titula respectivamente: sermón



predicado y sermón escrito; marcos geográficos del sermón, la predicación como instrumento de una oralidad secundaria. Las propuestas de San Vicente Ferrer; usos de la cultura escrita en la enseñanza Bajo Medieval; escritura, iconografía, oralidad: los "media" de la predicación medieval.

En este estudio se pone de relieve, entre otros aspectos, la funcionalidad de la acción predicadora como reforzadora del dogma y la autoridad, pero también resaltando las funciones pedagógicas y asistenciales del sermón. Así, se puede comprobar como el sermón actúa pedagógicamente y con autoridad ante los excesos que los feligreses y religiosos cometen a la hora de hacer frente a una de las necesidades nucleares del ser humano: la alimentación. El simbolismo y la metáfora se asocian en el acto literario que conlleva el sermón, sea oral o escrito, a la hora de reforzar el mensaje dirigido a los glotones de todo tipo que caen en el pecado de la gula. El color rojo identifica el pecado y, particularmente, el pecado de la gula. La lógica del sermón es aplastante: el comer carne roja en exceso produce gota, plétora, enrojecimiento del rostro, etc. Ante el exceso el predicador llama a la contención y al equilibrio en la dieta en una época en la que podía ser algo bastante complicado (pero esa es otra cuestión).

La función asistencial aparece reiteradamente en los sermones como una forma o variante de cuidado holístico en el que se hayan totalmente integrados lo espiritual y lo corporal.

"Y antes y después de los sermones, muchos débiles y enfermos se acercaban al Maestro Vicente, quien les imponía las manos y les hacía la señal de la cruz para recuperar sus salud ...".

En definitiva, se trata de un excelente trabajo de factura singular, dados los tiempos que corren, en el que se vislumbra la particular exquisitez del autor a la hora de tratar temas tan complejos, difíciles y, sin embargo, actuales.

José Siles González

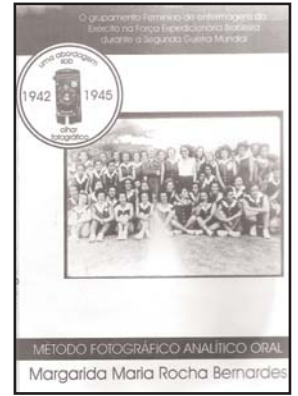
La película: “O Grupamento Feminino de Enfermagem do Exército Brasileiro na Força Expedicionária Brasileira durante a 2ª Guerra Mundial: uma abordagem sob o olhar fotográfico (1942-1945)”

Ha sido realizada por Margarida Maria Rocha Bernardes – enfermera, bióloga y profesora en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Río de Janeiro (UERJ). Esta película constituye un ejemplo de la inmersión de métodos históricos en medios con tanto potencial didáctico como el cine. La realizadora emplea los recursos de la historia oral y la fotografía como elementos que integran la columna vertebral de un documento visual cuyo objetivo fundamental es explicar el papel que desempeñaron las enfermeras brasileñas durante la II Guerra Mundial. Este film fue exhibido con gran éxito de audiencia y crítica en los anales del I Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería desarrollado en Sao Paulo durante los días 29, 30 y 31 de Octubre de 2007. Está produci-

do en soporte vídeo, dvd y vcd. Su duración es de 50 minutos e incluye reales y virtuales sobre la trayectoria de las enfermeras del ejército brasileño. Asimismo está registrado en el Ministerio de Cultura, la fundación de la Biblioteca Nacional Brasileña y la Agencia Nacional de Cine.

Contacto con la realizadora:

Rua Estácio de Sá. End.: Rua Barão de Itapagipe, nº 445/901, Tijuca, Rio de Janeiro, CEP: 20261-005. Endereço eletrônico: margarbe@globo.com Telefonos; (21) 38722961; (21) 39784151 e celular (21) 99192309.

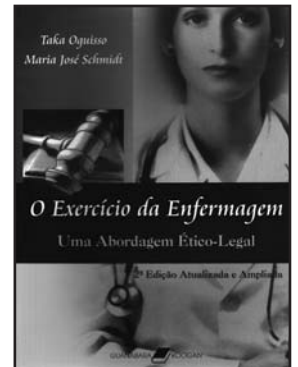


Oguisso, T.; Schmidt, M^a J. y Fernandes de Freitas, G. (2007) O exercício da enfermagem. Uma abordagem ético-legal (El ejercicio de la enfermería. Un abordamiento ético-legal), Guanabara/Koogan, Río de Janeiro.

Ante la demanda generada por su antecesora, aparece por fin una segunda edición que actualiza y profundiza en los contenidos de esta obra que constituye una de las principales aportaciones a los retos que la práctica enfermera tiene planteados desde la perspectiva de la ética y el derecho sanitario. Los currículos de los tres autores ya ayudan a entender la importancia y coherencia de esta aportación al mundo de la ética y la legislación enfermera: los tres son enfermeros, abogados y doctores. Conocen, por tanto, la práctica de los cuidados en primera persona y, asimismo, tienen la formación jurídica que les confiere su formación como profesionales del derecho e investigadores. En primer lugar, sin embargo, habría que señalar que el trabajo es consecuencia de las vivencias personales y profesionales de los autores a lo largo de sus respectivas carreras ejercidas tanto en la práctica hospitalaria como en el ejercicio del derecho. Tal vez

por ello, por la importancia que le dan al mundo de las vivencias y la experiencia, le den tanta importancia a la historia en el contexto de la ética y la legislación. Efectivamente, en el libro se describe la evolución de las diferentes normas que han regulado la práctica

profesional de enfermería en Brasil y cómo este mecanismo regulador ha experimentado cambios notables según la sociedad se ha transformado cultural e ideológicamente. El texto se vertebra en ocho capítulos que van desde la descripción del ejercicio de la enfermería (capítulo I), en el que se abordan las generalidades, la evolución histórica, el papel de enfermería como profesión autónoma, la descripción de las funciones de enfermería, los derechos de la familia como base de la sociedad y los derechos de los pacientes y los propios enfer-



meros; hasta el capítulo VIII dedicado a la compilación documental de la normativa empleada para la realización de la obra. Entre estos dos grandes capítulos que dan comienzo y final a la obra, se encuentran capítulos dedicados a las dimensiones ético legales de la enfermería (capítulo II); las organizaciones internacionales de salud y enfermería (capítulo III); entidades nacionales (brasileñas) de enfermería (capítulo 4); desafíos ético-legales contemporáneos en enfermería (capítulo V); pers-

pectivas sobre la evolución de la enfermería (capítulo VI); y, finalmente, el capítulo dedicado a la ley y la sociedad (VII). Es este un texto imprescindible para todo enfermero-a que quiera estar informado sobre las encrucijadas ético legales que afectan de lleno a la práctica profesional enfermera. Por último, señalar que, aunque está escrito en portugués, el texto está redactado de forma muy didáctica resultando realmente sencilla su lectura.

Dr José Siles González

**VI Jornadas Internacionales
de Cultura de los Cuidados**
IX Reunión de Investigación Cualitativa

FAMILIA, CULTURA Y CUIDADOS:
De la diversidad a la particularidad

UNIVERSIDAD DE ALICANTE 12, 13 DE JUNIO DE 2008

ORGANIZA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE ALICANTE
COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA
DE ALICANTE

COLABORA
ASOCIACIÓN DE HISTORIA Y ANTROPOLOGIA
DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA
CEGOVA

INDEX
FUNDACIÓN
José Ramón Martínez Riera®