

CULTURA DE LOS CUIDADOS

1^{er}. Cuatrimestre 2011 • Año XV - N.º 29

SUMARIO

EDITORIAL

- Aquichan: una década de rigor y dedicación

FENOMENOLOGÍA

- El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería
- Experiencia clínica, parte I. Una aproximación a un caso práctico de comunicación terapéutica
- Experiencia clínica, parte II. Una aproximación a un caso práctico de comunicación terapéutica

HISTORIA

- Barberos y sangradores en Iberoamérica

ANTROPOLOGÍA

- Las categorías de género vistas por los jóvenes universitarios de la Facultad de Enfermería de la universidad de Cádiz
- Musicoterapia en el paciente oncológico

TEORÍA Y MÉTODO

- Aplicación del modelo de Adaptación de Roy a un cliente pediátrico en el ambiente hospitalario
- O processo *Clinical Caritas* de Jean Watson na assistência de enfermagem brasileira: uma revisão sistemática
- Cuidado de saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia

MISCELÁNEA

- Biblioteca comentada
- III Simposio Iberoamericano. XII Congreso Nacional y VII Internacional de Historia de la Enfermería. VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA 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

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN

José Siles González

SUBDIRECCIÓN

Luis Cibanal Juan

ASISTENTES DE LA DIRECCIÓN

Carmen Solano Ruiz

Ana Lucia Noreña Peña

CONSEJO DE REDACCIÓN

SECRETARÍA

Elena Ferrer Hernández

ferrer_ele@gva.es • Telf.: 966989085

Asunción Ors Montenegro

Miguel Ángel Fernández Molina

Eva M^a Gabaldón Bravo

Flores Vizcaya Moreno

José Ramón Martínez Riera

Juan Mario Domínguez Santamaría

M^a Mercedes Rizo Baeza

Mercedes Nuñez del Castillo

Miguel Castells Molina

Rosa Pérez-Cañaveras

Manuel Lillo Crespo

Isabel Casabona Martínez

Departamento de Enfermería,

Universidad de Alicante

COORDINADOR INFORMÁTICO

Y PÁGINA WEB

Pablo Díez Espinosa

DIRECCIÓN FINANCIERA

Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

- José Antonio Ávila Olivares. *Enfermero, Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).*

- Francisco Mulet Falcó. *Enfermero. Tesorero del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).*

- Belén Paya Pérez. *Enfermera, Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.*

- Juan José Tirado Dauder. *Enfermero. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.*

- Francisco J. Pareja Lloréns. *Enfermero. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Castellón.*

COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR

Manuel Amezcua

Enfermero. Jefe de Docencia e Investigación. Hospital Universitario de San Cecilio. Director Fundación Index. Granada (España)

Carmen Chamizo Vega

Enfermera. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Universidad de Oviedo Oviedo (España)

Alberto Gálvez Toro

Enfermero, Matrona y Antropólogo Doctor por la Universidad de Alicante Granada (España)

Manuel J. García Martínez

Enfermero y licenciado en Antropología social y cultural. Doctor por la Universidad de Sevilla. Profesor Asociado. Universidad de Sevilla (España)

Antonio C. García Martínez

Licenciado en Historia. Doctor en Historia Profesor Titular Universidad de Huelva (España)

María Elisa Moreno-Fergusson

Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana, Colombia. Editora de la revista Aquichan.

Esperanza de la Peña Tejeiro

Enfermera. Profesora Titular Escuela de Enfermería. Universidad de Extremadura (España)

Cecilio Esevenri Cháverri

Enfermero e Historiador de la enfermería Centro Asistencial San Juan de Dios Palencia (España)

Francisca Hernández Martín

Enfermera y Licenciada en Historia. Presidenta del Seminario de Historia de la Enfermería. Doctora por la Universidad Complutense de Madrid. Profesora Titular Escuela de Enfermería, Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España)

Francisco Herrera Rodríguez

Doctor en Medicina. Historiador de la Enfermería. Catedrático de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Cádiz (España)

Amparo Nogales Espert

Enfermera. Licenciada en Historia. Doctora por la Universidad de Valencia. Profesora Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos I, Madrid (España)

Natividad Sánchez González

Enfermera. Profesora Escuela de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Albacete (España)

Francisco Ventosa Esquinaldo

Enfermero. Historiador de la Enfermería. Superior Gerente del Hospital San Juan de Dios "Juan Grande" Jerez/Cádiz (España)

Carmen de la Cuesta Benjumea

Ph.D en Enfermería. Profesora Visitante Universidad de Alicante (España)

Marilyn Douglas

Doctora en Enfermería. Profesora, School of Nursing University of California, San Francisco (EEUU)

Ximena Isla Lund

Magister en Enfermería. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Universidad del Bio-Bio. (Chile)

Raquel Spector

Doctora en Enfermería. School of Nursing Boston College. Boston (EEUU)

Rick Zoucha

Enfermero. Doctor en Enfermería. Profesor Asociado. Universidad Duquesne Pittsburgh PA (EEUU)

Taka Oguiso

Enfermera y licenciada en derecho. Doctora Universidad de São Paulo. Profesora Titular Emérita. Universidad de São Paulo (Brasil)

Genival Fernandes de Freitas

Enfermero y licenciado en Derecho. Doctor por la Universidad de São Paulo. Profesor Titular. Universidad de São Paulo (Brasil)

Cultura de los Cuidados. Revista Sociofundadora del Consejo de Editores de Revistas de Enfermería Iberoamericanas.

INDIZADA E INSCRITA EN:

Cultura de los Cuidados está incluida en las bases de datos:

- CAPES/QUAL. Base de datos de revistas del Ministerio de Educación de Brasil.

- LATINDEX. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

- "Scientific Commons" Details at a Glance: Publications: 31,839,799 - Repositories: 1,157

- BDIE, ENFISPO, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN CINHAL y hemerotecas digitales como: Cantárida y RUA (repositorio Institucional Universidad de Alicante: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>)

Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

SUSCRIPCIONES:

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) C/. Xàbia, 4 - 3^o Pta. 10 - 46010 Valencia

Tarifas 3 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros

Alumnos Enfermería: 7,21 euros

Extranjero: 18,03 euros

CORRESPONDENCIA:

Carmen Solano Ruiz. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Campus de Sant Vicente del Raspeig

Ap 99. E-03080 Alacant - Alicante

Revista «on line»:

<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>

ISSN:1138-1728-Dep.Legal: A-1309-1997

Título clave: Cultura de los Cuidados

Título abreviado: Cul. Cuid.

Tirada/ Producción: 3.000 ejemplares

IMPRESIÓN Y ACABADO:

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)

Diseño editorial, maquetación e impresión: AROA Diseño y Comunicación. Alicante (España)

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

MARCA ESPAÑOLA N^o 2.816.560 DENOMINADO CULTURA DE LOS CUIDADOS BOE. 16/04/2008.

SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
Criterios de evaluación y selección de artículos.....	5
EDITORIAL	
Aquichan: una década de rigor y dedicación.....	7
MARÍA ELISA MORENO-FERGUSON	
FENOMENOLOGÍA	
El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería.....	9
PATRICIA CAMPOS PAVAN BAPTISTA, MIRIAM APARECIDA BARBOSA MERIGHI, GENIVAL FERNANDES DE FREITAS	
Experiencia clínica, parte I. Una aproximación a un caso práctico de comunicación terapéutica.....	16
ISABEL HUÉRCANOS ESPARZA	
Experiencia clínica, parte II. Una aproximación a un caso práctico de comunicación terapéutica.....	25
ISABEL HUÉRCANOS ESPARZA	
HISTORIA	
Barberos y sangradores en Iberoamérica.....	31
RAÚL EXPOSITO GONZÁLEZ	
ANTROPOLOGÍA	
Las categorías de género vistas por los jóvenes universitarios de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cádiz.....	47
LÁZARO GONZÁLEZ CALVO, ALVARO BERNALTE BENAZET	
Musicoterapia en el paciente oncológico.....	57
BEATRIZ YAÑEZ AMOROS	
TEORÍA Y MÉTODO	
Aplicación del modelo de Adaptación de Roy a un cliente pediátrico en el ambiente hospitalario.....	74
RENATA PEREIRA DE MELO, MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES, THELMA LEITE DE ARAUJO, MARLI TERESINHA GIMENEZ GALVÃO	
O processo <i>Clinical Caritas</i> de Jean Watson na assistência de enfermagem brasileira: uma revisão sistemática.....	82
NIRVANIA V. CARVALHO, DINAH SÁ REZENDE NETA, GRAZIELLE ROBERTA FREITAS DA SILVA, TELMA M. EVANGELISTA DE ARAÚJO	
Cuidado de saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia.....	89
TELMA ELISA CARRAZO, SILVANA SILVEIRA KEMPFER, LUCIARA FABIANE SEBOLD, MARÍLIA DE FÁTIMA DE VIEIRA DE OLIVEIRA, MARIA TEREZINHA ZEFERINO, DAYSY JUNG DA SILVA RAMOS, ARIANE THAISE FRELLO	
MISCELÁNEA	
Biblioteca comentada.....	97
III Simposio Iberoamericano. XII Congreso Nacional y VII Internacional de Historia de la Enfermería. VII Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados.....	98

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

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 más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor con su correo electrónico y teléfono. En la segunda página, un resumen del trabajo no superior a 200 palabras (en inglés, portugués y español) 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).
- Los autores deberán remitir al editor una carta de presentación en la que describa resumidamente tanto su perfil investigador como las características del trabajo enviado, enfatizando la pertinencia del mismo en relación con la disciplina enfermera.
- Los autores deberán remitir una carta al editor en la que dan fe, mediante su firma, del carácter original e inédito de los trabajos enviados. Dejarán constancia escrita, asimismo, de que dichos trabajos no han sido enviados a ningún otro medio para su publicación.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

La revista Cultura de los Cuidados publica artículos en español, portugués e inglés. La recepción de los mismos pasa por un proceso de selección en una primera revisión por el Consejo editorial verificando el cumplimiento de los requisitos propios de la revista, descritos en las indicaciones a los autores, en caso de no cumplir estas condiciones se le notifica al autor o autores para que realicen los cambios oportunos.

Posteriormente tras la clasificación temática y preservación del anonimato del manuscrito los documentos son enviados a dos especialistas de reconocido prestigio en el área de conocimiento, para que procedan a su evaluación. Una vez recibidos los conceptos de los pares académicos se toma una decisión conjunta con el Consejo Editorial que puede ser de aceptación con ajustes, de aceptación definitiva o de rechazo comunicándolo al autor o autores a través de correo electrónico o postal.

En caso de que la decisión del Consejo Editorial sea la de rechazo se remitirá el informe de los evaluadores junto con la decisión adoptada por el Consejo Editorial que fundamenta esta decisión.

Los manuscritos que sean considerados para publicación previa modificación, se notificarán con una propuesta concreta de modificación o con el informe de los evaluadores. Los autores dispondrán de un máximo de 2 semanas para comunicar a la secretaria de redacción su decisión en la modificación del mismo y en el plazo máximo de dos meses se comprometerán a entregar la versión revisada.

La revista se reserva el derecho de realizar revisiones de estilo que faciliten la claridad y la comprensión del texto.

Los factores donde se fundamenta la decisión sobre la aceptación o rechazo de los trabajos por parte de la redacción de la revista son los siguientes:

- La originalidad, novedad y actualidad del tema.
- Relevancia y aplicabilidad de los resultados.
- Calidad metodológica. Fiabilidad y validez
- Presentación, buena redacción, organización y coherencia lógica del texto.

EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

“Cultura de los Cuidados” (The Culture of Care) Journal publishes articles in Spanish, Portuguese and English. Admission will be subject to a selection process in a first review by the Editorial Board to verify compliance with the requirements of the Journal, as stated in the instructions for authors. In the case these conditions are not met, the author or authors will be notified in order to make the necessary changes.

After accomplishment of topic classification and preservation of the anonymity of the paper, documents are submitted to two specialists of recognized prestige in the corresponding area of knowledge for evaluation. Once peer academic report is produced, decision is reached together with the Editorial Board to either accept with adjustments, final acceptance or rejection that will be notified to the author or authors by email or post.

Should the decision of the Editorial Board be to reject, the evaluators’ report will be sent together with the decision of the Editorial Board that substantiates this decision.

Manuscripts to be considered for publication after amendment shall be notified with a specific proposal for amendment or with the evaluators’ report. Authors will have a maximum of 2 weeks to inform the Assistant Managing Editor of their decision of amendment and the deadline for submitting the revised version is two months maximum.

The Journal reserves the right to make revisions in style to facilitate clarity and understanding of the text.

The factors which ground the decision on acceptance or rejection of papers by the Journal Editor are:

- Originality, novelty and contemporary issues.
- Relevance and applicability of the results
- Methodological quality, reliability and validity
- Presentation, good writing, organization and logical consistency of the text.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

A Revista Cultura de los Cuidados publica artigos em Espanhol, Português e Inglês. O recebimento dos mesmos está sujeito a processo de seleção, em primeira revisão, pelo Conselho Editorial, no qual verifica-se o cumprimento dos requisitos próprios da Revista, descritos nas indicações aos autores. Em caso de cumprimento dessas condições, será notificado o autor ou autores para que realizem as mudanças oportunas.

Em seguida, depois da classificação temática e preservação do anonimato do manuscrito, os documentos serão enviados a dois especialistas de reconhecido prestígio na área de conhecimento, para que procedam à avaliação. Uma vez recebidos os conceitos dos dois pares acadêmicos, toma-se decisão conjunta com o Conselho Editorial, que pode ser de aceitação com ajustes, de aceitação definitiva ou de recusa, comunicando-se a decisão ao autor ou autores, por meio de correio eletrônico ou postal.

Se a decisão do Conselho Editorial for de recusa do artigo, será informado ao autor ou autores acerca dessa decisão adotada pelo referido Conselho, apresentando-se os fundamentos que a justificam.

Os manuscritos que forem aprovados para publicação, porém com prévia modificação, far-se-á notificação ao autor ou autores com uma proposta concreta de modificação e com informe dos avaliadores. Os autores disporão de no máximo 2 semanas para se comunicarem com a Secretaria de redação acerca da modificação proposta e no prazo máximo de dois meses se comprometerão a devolver a versão corrigida, caso tenham concordado com as correções.

A Revista reserva para si o direito de realizar revisões de estilo que facilitem a clareza e compreensão do texto.

Os fatores que fundamentam a decisão sobre a aceitação ou recusa dos trabalhos, por parte da redação da Revista são os seguintes:

- A originalidade, novidade e atualidade do tema;
- Relevância e aplicabilidade dos resultados;

- Qualidade metodológica, confiança e validade;
- Apresentação, boa redação, organização e coerência lógica do texto.

Editorial

Aquichan: una década de rigor y dedicación

María Elisa Moreno-Fergusson

Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana, Colombia. Editora de la revista Aquichan. mariae.moreno@unisabana.edu.co

Aquichan, voz de la cultura chibcha que significa “cuidar”, fue el nombre escogido por las directivas de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana, en Colombia, para denominar la revista de Enfermería cuyo primer número se publicó en el mes de octubre de 2001, en conmemoración del décimo aniversario del programa.

El vocablo Aquichan, entonces, sintetiza el interés de esta disciplina y, por tanto, refleja la esencia del quehacer profesional de enfermería. La misión de la revista es la de “ser un medio de expresión de la Facultad, orientado hacia la promoción y el estímulo del desarrollo teórico de la disciplina, así como de los principios y valores que orientan la Facultad”. Esta misión es loable, no solo porque el propósito de una publicación científica es dar visibilidad y promover el desarrollo del conocimiento en un campo del saber, sino porque el Programa de Enfermería de la Universidad de La Sabana fue el primero en Colombia en adoptar un modelo conceptual como marco de referencia del currículo.

En este sentido, desde el principio la Facultad de Enfermería asumió el reto de comprender e innovar la aplicación de la teoría de la disciplina en los diferentes ámbitos de la práctica profesional que, también, se materializó en el proyecto editorial Aquichan. Durante los primeros cinco años la publicación fue anual

y el equipo editorial estuvo conformado por directivos y profesores del Programa de Enfermería, un representante de los egresados y profesionales colombianas y extranjeras reconocidas por su trayectoria.

De esta manera, Aquichan dio sus primeros y exógenos pasos en la literatura científica; caminar en el que siempre ha contado con la asesoría de una persona vinculada a la Oficina de Publicaciones de La Sabana, experta en el proceso editorial y concededora de las formalidades de clasificación en los diferentes servicios de indexación y resumen (Sires), lo cual ha sido fundamental para garantizar el rigor, la calidad y la visibilidad.

En los números uno y dos los autores fueron profesores de la Facultad que publicaron aspectos importantes de la vida de la misma, como los curriculares y pedagógicos, entre los que se destacan la educación como proceso holístico; la enseñanza de la ética, los valores y las virtudes, y el proceso de autoevaluación para la acreditación de los programas. Entre los artículos relacionados con la investigación y con el desarrollo epistemológico de enfermería se destacan aspectos culturales del cuidado, y la publicación de manuscritos relacionados con el Modelo de Adaptación de Callista Roy y la aplicación de este en la práctica, hecho que puso al alcance de los profesionales de enfermería hispanoamericanos esta teoría.

A partir del 2003, el prestigio de Aquichan

trasciende las fronteras y la participación de autores extranjeros supera la local y nacional, evidenciando así el reconocimiento como publicación científica de la disciplina. Fue entonces cuando el equipo editorial, bajo la dirección de María Clara Quintero Laverde, decana de la Facultad y hoy vicerrectora académica de La Sabana, optó por publicar resultados de investigación en inglés, en portugués y, desde luego, en español.

Estos desarrollos, sumados al aprovechamiento de las TIC, hicieron que en el 2005 Aquichan tuviera su versión on line e iniciara en firme su ruta de indexación presentándose a los Sires reconocidos nacional e internacionalmente. Primero se sometió al examen del Servicio Nacional de Indexación y Homologación - Publindex. Después fue indexada en otras bases bibliográficas, como Lilacs, Dialnet, Scielo, Cuiden, Redalyc, Fuente Académica-Ebsco, Hinari, Hela, Periódica y EMCare-Elsevier.

Por la mismas época, la revista fue incluida en los directorios más conocidos por la comunidad académica mundial como Ulrich's, DOAJ y Latindex. Google Académico es otra de las grandes ventanas de Aquichan, desde donde se pueden consultar y descargar sus contenidos.

Gracias a la aceptación por parte de la comunidad científica internacional; al trabajo objetivo, estricto y preciso de los evaluadores; a la calidad editorial, a la visibilidad y a la certificación por parte de las diferentes bases bibliográficas, en el 2007 Aquichan cambió su periodicidad y se convirtió en una revista semestral.

Todos estos avances, sumados a la estabilidad y al carácter mundial de los artículos publicados, permitieron que en el 2010 Aquichan fuera indexada en el ISI Web of Knowledge, de

Thomson Reuters, y aceptada en Scopus, de la casa editora Elsevier. En este último índice los contenidos serán visibles en los próximos meses, como oficialmente se ha informado por parte del equipo editorial de Elsevier.

Esta cualificación de Aquichan ha traído consigo una mayor demanda no solo de sus lectores, sino de nuevos y habituales autores que ven en la revista de Enfermería de La Sabana un escenario real y efectivo para poner al alcance de la comunidad científica sus aportes al desarrollo disciplinar. Por esto, y también como respuesta a las exigencias de los Sires, hoy Aquichan circula tres veces al año: en abril, agosto y diciembre.

Estar indexado en algunos de los mejores índices del mundo implica estímulos y desafíos. De los primeros queda el registro con cada nuevo autor y en cada concepto que firman acreditados evaluadores, así como en las estadísticas de consultas reportadas por las diferentes bases bibliográficas, la cuales hablan de un promedio mensual de nueve mil quinientas.

De los segundos tenemos el reto de la citación: que los registros bibliográficos de artículos publicados en las revistas científicas de enfermería más destacadas den cuenta de lo publicado en Aquichan; que en cada nueva edición podamos comprobar los avances en productividad, sin bajar la calidad científica y editorial.

Estos retos nos motivan para continuar con nuestra misión de divulgar el conocimiento de enfermería y buscar los medios para que esté al alcance de los profesionales en todo el mundo y, de esta manera, incentivar su estudio y aplicación para promover el desarrollo de la disciplina y la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes.

Fenomenología

El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería.

The study of the phenomenology as one way of access for the improvement of the nursing assistance.

Estudo da fenomenologia como alternativa de melhoria aos cuidados de enfermagem.

¹Patrícia Campos Pavan Baptista - ²Miriam Aparecida Barbosa Merighi - ³Genival Fernandes de Freitas

¹Professora Doutora do Departamento de Orientação Profissional.

²Professora Titular do Departamento de Enfermagem Pediátrica.

³Professor Doutor do Departamento de Orientação Profissional.

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.



The study of the phenomenology as one way of access for the improvement of the nursing assistance

ABSTRACT

In the nursing, an increasing search for the research of qualitative nature, caused for the desire of the researchers in knowing the experiences of an illness not only is observed or determined events under the approach of the citizen and under the pathophysiological aspects. The present article is about an update

study, in which if it intends to rescue the relevance of the study of the phenomenology for improvement in the quality of the assistance of nursing given to the customers, in view of whom our objective profession the satisfaction of the necessities basic human beings as well as the promotion of a care that exceeds the illness, and can articulate it the existence of the citizens.

Key words: qualitative research, phenomenology, nursing

Estudo da fenomenologia como alternativa de melhoria aos cuidados de enfermagem

RESUMO

Na enfermagem, observa-se uma busca crescente pelas pesquisas de natureza qualitativa, ocasionada pelo desejo dos pesquisadores em conhecer as experiências de uma doença ou determinados eventos sob o enfoque do sujeito e não apenas sob os aspectos fisiopatológicos. O presente artigo trata-se de um estudo

de atualização, no qual se pretende resgatar a relevância do estudo da fenomenologia para melhoria na qualidade da assistência de enfermagem prestada aos clientes, tendo em vista que a nossa profissão objetiva a satisfação das necessidades humanas básicas assim como a promoção de um cuidado que transcenda a doença, e possa articular-se à existência dos sujeitos.

Palavras-chave: pesquisa qualitativa, fenomenologia, enfermagem

El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería

RESUMEN

En la enfermería, se observa una búsqueda creciente por las investigaciones de naturaleza cualitativa, causada por el deseo de los investigadores en conocer las experiencias de una enfermedad o determinados acontecimientos bajo el enfoque del sujeto y no sólo los aspectos fisiológicos y patológicos. El presente artículo trata de un estudio de actualización, en el cual se busca rescatar la importancia del estudio de la fenomenología para la mejoría en la calidad del cuidado de enfermería fortaleciendo a los clientes, teniendo en cuenta que nuestra profesión objetiva la satisfacción de las necesidades humanas básicas así como la promoción de un cuidado que trascienda la enfermedad y pueda articularse a la existencia de los sujetos.

Palabras-clave: investigación cualitativa, fenomenología, enfermería.

INTRODUCCIÓN

La ciencia moderna ha transformado la sociedad y su desarrollo económico, político y cultural, lo que refleja la vida cotidiana de las

personas, valores y creencias. Derivados de las innovaciones tecnológicas, las necesidades humanas han cambiado y la asistencia del hombre contemporáneo requiere una mirada que va más allá del funcionamiento de los sistemas biológicos, llegando a su complejidad y totalidad.

La comprensión de la experiencia del sujeto acerca del proceso de salud y enfermedad consiste en identificar las redes de significados culturales atribuidos a la salud, tratamientos, diagnósticos y sus respectivas acciones (RIVERA, 2006).

Nuevos investigadores están entrando en el campo de la investigación cualitativa, resaltando la necesidad de profundizar los estudios a partir de la singularidad de la experiencia humana. En enfermería, hay una creciente búsqueda de la investigación cualitativa, por el deseo de los investigadores en comprender las experiencias de una enfermedad o determinados acontecimientos desde la perspectiva del sujeto y no en los aspectos fisiológicos y patológicos.

En virtud de este nuevo paradigma, la experiencia de los investigadores en el desarrollo de estudios fenomenológicos ha demostrado ser una puerta para la reflexión y la consecución de la calidad en el proceso de cuidado en enfermería. Hemos observado que al buscar la conciencia y los significados a través de la investigación fenomenológica, las necesidades y potencialidades de los individuos se dan a conocer mejor, y se abren vías importantes para la realización de cambios en los procesos de cuidados de enfermería.

Al volver a la comprensión e interpretación de los fenómenos de investigación, recabando las vivencias de los sujetos sobre sus condiciones en el proceso de salud-enfermedad, posibilita al enfermero aproximarse más a las



investigaciones de los cuidados de enfermería, creando nuevas posibilidades para una asistencia integral y más humanizada (JESUS, PEIXOTO, CUNHA, 1998).

Por consiguiente, este artículo presenta una actualización en el cual se desea recuperar la relevancia del estudio de la fenomenología para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería a los clientes, considerando que nuestra profesión tiene como objetivo satisfacer las necesidades humanas básicas y la promoción de la atención que trascienda la enfermedad, y puedan articularse a la existencia de los sujetos.

La investigación cualitativa fenomenológica: revisando los conceptos

La investigación fenomenológica surgió de una reflexión sobre la crisis de las ciencias, apareciendo un nuevo método de conocimiento y poco a poco ganando reconocimiento como un abordaje a la investigación cualitativa aplicable a los estudios de fenómenos importantes en la vida cotidiana en varias áreas (DARTIGUES, 2003; MOREIRA, 2002).

La fenomenología pasa a ser ampliamente conocida a partir del movimiento filosófico fundado por Edmund Husserl en los albores del siglo XX. En su esfuerzo por consolidar la fenomenología como un movimiento filosófico riguroso, el filósofo trató de contrarrestar el

empirismo y el psicologismo, con el objetivo de superar la oposición tradicional entre el realismo y el idealismo. Para Husserl, la fenomenología se fundamenta en la experiencia vivida, posibilitando la mirada de las cosas tal como ellas se manifiestan; describiendo el fenómeno sin explicarlo, sin analizarlo y no importando la búsqueda de relaciones causales (TERRAL ET AL, 2006).

Así, la fenomenología es el estudio de las esencias y se caracteriza por un método de investigación que se ocupa de los fenómenos, o sea, todo lo que se manifiesta, abandonando los preconceptos y presupuestos. La investigación fenomenológica permite al investigador el acceso a la conciencia humana, el regreso “a las cosas mismas”. De ese modo, se trata de un método adecuado de estudios en enfermería, pues nos invita a entender el sentido de ser humano en el mundo a partir de su “facticidad” (DARTIGUES, 2003; MERIGHI, 2003).

Es un método de estudio que trata de discutir sobre los nuevos requisitos, las condiciones de la ciencia, tomando como punto de partida los datos inmediatos de la conciencia, la raíz de que se alimenta. Por esa razón, este método se dirige al el interrogativo y al fenómeno que es algo inacabado, donde se puede desvelar el mundo cotidiano del Ser, donde la experiencia se convierte en la descripción de sus vivencias (SILVA, LOPES, DINIZ, 2008).

El punto de partida es “volver a las cosas mismas, reconociendo la prioridad de la práctica, el ámbito de las decisiones y actuar sobre el pensamiento y la reflexión. La experiencia no es sólo la capacidad humana para representar el mundo a través de los procesos cognitivos, ya que se tiene en si misma “significaciones” o “unidades ideales significativas.” Para la fenomenología, la operación primordial de significación es que no existe separadamente

de la expresión y, como tal, es un fenómeno sensible al cuerpo (y no una mera cuestión de la “subjetividad”). En este sentido, el método fenomenológico está dirigido a fijarse en los significados que se dan, y que son tal como son propuestos por nuestras experiencias (ALVES, 2006).

El estudio de la fenomenología exige del investigador una actitud fenomenológica, haciendo hincapié en la utilidad de auto-conocimiento y la transformación de su visión del mundo de los fenómenos vividos en las experiencias cotidianas que se obtienen. Para la investigación fenomenológica es necesario que el investigador use “los ojos” de este enfoque para “ver el sujeto y las cosas del mundo”, permitiendo la manifestación natural de las experiencias.

Basándose en esta proposición, el investigador tiene la intención de aprender de aquellos que han vivido o viven una cierta experiencia, considerando que el sujeto que experimenta algo es quien más puede relatar tal vivencia. Así, en la fenomenología, la búsqueda de significados es una tarea fundamental para el investigador que se basa en un método que se presta a llegar una comprensión de los múltiples significados de la experiencia vivida, y que, a su vez, tiene los múltiples contornos. La búsqueda de un sentido en la experiencia mundana incluye una visión del ser humano en mutua constitución con el mundo y con la su historia en el mundo (MOREIRA, 2002).

Aunque reconocida como un método de estudio, la fenomenología sufrió muchas críticas en el pasado, en términos de procedimientos y del punto de vista ético. Las antiguas críticas a las investigaciones cualitativas tuvieron estrecha relación con la baja expresividad numérica de sujetos de la investigación y la falta de claridad en los procedimientos meto-

dológicos. En este sentido, en la actualidad se observa mayor atención con el rigor de la descripción metodológica en las investigaciones cualitativas, garantizando la credibilidad a los resultados de las investigaciones que buscan la subjetividad de las experiencias.

En cuanto a la preocupación por el rigor del método en la investigación fenomenológica, estudios más recientes han buscado una mayor integración del objeto investigado con el marco filosófico, proporcionando una mayor credibilidad en la presentación de los fenómenos estudiados (LEITE, 2006; GONÇALVES, 2005).

Mediante el uso de la fenomenología como un método de investigación es necesario un estudio detallado de los diversos filósofos fenomenólogos para elegir el marco que adecue mejor con el objeto investigado y su relación con el sujeto, actor principal de esa experiencia. De esa manera, para comprender los fenómenos de la vida cotidiana se debe hacer un análisis que lleva en consideración un marco filosófico determinado, que corresponde a la experiencia del sujeto en el mundo, en el contexto de las relaciones con el mundo.

Creemos que los avances en los procedimientos metodológicos en la investigación fenomenológica, aquí descritos, representan no sólo un cambio de paradigmas que dificultaran las innovaciones y la profundización en el estudio fenomenológico, como también ellos representan la posibilidad de que los re-



sultados obtenidos con este enfoque sean datos confiables y generadores de impacto para la ciencia en el abordaje sobre el ser humano.

La fenomenología y la práctica de enfermería: reflexiones sobre el cuidar a través de la comprensión de los fenómenos

En el campo de la salud, todavía, domina la influencia del positivismo, que se expresa por la visión centrada en la enfermedad, en la fragmentación del sujeto, reduciendo el ser humano al aspecto biológico. A su vez, la actuación de los profesionales es científicista y objetivista, intentando adaptar el sujeto a un nivel ideal bienestar (GOMES, PAIVA, VALDES, 2008).

La ruptura de estos paradigmas es una tarea difícil, pero necesaria para transformar la calidad de la atención en salud. El abandono de la fragmentación, la visión reduccionista de la enfermedad y los rituales tan valorados requiere mucho más que un conocimiento metodológico, sino la capacidad de traducir las investigaciones y volverlas en facticidad.

Estudios sobre la experiencia de la enfermedad toman como punto de análisis el presupuesto de que lo social es originariamente toda la situación vivida por los actores sociales en determinados contextos históricos y culturales concretos. El “mundo de la vida” (“Lebenswelt”) es el horizonte de referencia paradigmático por el cual los individuos y grupos sociales interactúan, definen acciones previstas de sentido y proporcionan cualquier intervención cognitiva, tales como las “representaciones”. El encuentro con el otro no es, por tanto, una realidad contingente de la acción humana, pero el campo mismo de lo que es posible emplear esfuerzos para intervenir en la realidad (ALVES, 2008).

En la fenomenología, más importante es el reconocimiento de la experiencia, porque a medida que compartimos una vivencia,

una historia de vida, podemos descubrir los significados ocultos y los fenómenos por las apariencias y, por tanto, es posible llegar a las esencias originarias de los seres humanos.

Ser auténtica es una manera de ser que permite a una persona encontrarse a sí misma, mostrando el fenómeno más original de la verdad, donde la presencia es esencialmente un mundo compartido y desde cualquier lugar del mundo se revelan los fenómenos (HEIDEGGER, 2004).

En el contexto de salud, al tratar de comprender el significado de la experiencia vivida por seres humanos, contribuciones valiosas al conocimiento emergen para el conocimiento de las múltiples dimensiones involucradas en el cuidado de la vida humana, hasta ahora inexploradas (TERRAL et al, 2006).

Por tanto, la comprensión del proceso salud-enfermedad desde el individuo y el grupo social, bien como las experiencias de los procesos fisiopatológicos como fenómenos únicos exigen especificidades diferentes del cuidado. El enfermero debe conocer, identificar y tomar decisiones fundamentadas, buscando una atención integral e individualizada que valore los significados más íntimos de los clientes acerca de la enfermedad y de los tratamientos.

Por lo tanto, también es importante reconocer que la mala salud no siempre está relacionada con la enfermedad, lesión o discapacidad, ya que puede ser un problema existencial y el sufrimiento puede ser expresado en diferentes formas, en contraposición a los patrones establecidos para el cuidado de la salud. Al investigar los fenómenos surgen posibilidades de cambios en los puntos de vista sobre la visión del hombre, la práctica de la salud, el significado del proceso salud-enfermedad, dando lugar a un nuevo conocimiento para la salud (GOMES, PAIVA, VALDES, 2008).

Este nuevo conocimiento se refleja en la calidad de la atención que ofrecemos a nuestros pacientes, una vez que aprendemos a “ver” las personas más allá de la enfermedad, además de los síntomas y signos, permitiendo que sus necesidades reales sean reveladas y, por tanto, posibles de satisfacción. Una comprensión fenomenológica, que busca el ser en la enfermedad y su más rica experiencia permite el diseño de las acciones que están destinadas al paciente y no a la enfermedad misma (FREITAS, MERIGHI, FERNANDES, 2007). Ver [dicionário detalhado Público.es Nord-Cinema Sued deutsche.de The White House El Confidencial Marmiton.orgTelegraph.co.uk Vogue Nouvel Obs Zamalek Fans Los Angeles Times](#)

En salud se podría hablar de dos tipos de saberes que por supuesto guardan pluralidades, un saber que emerge de los profesionales de salud con sus propios valores, formas de producción y reproducción del saber, con una forma particular de ver la salud, la enfermedad y la muerte pero en el cual no voy a enfocar el análisis y un saber proveniente del mundo no profesional, de la cotidianidad de las personas, del saber-hacer, con alto contenido simbólico y reproducido por la oralidad. En el saber del mundo no profesional, circulan creencias, ideas, valores sobre lo que significa estar saludable, enfermo, con discapacidad, las formas como se pueden enfrentar esas situaciones no siempre compatibles, comparables o intercambiables con el saber profesional (LOPES, 2010).

La incorporación de nuevos modelos de atención de salud se desprende de las experiencias y percepciones descritas con esos estudios fenomenológicos, donde el investigador enfermero ha puesto en el contexto estudiado para entender los significados reales vividos. En este sentido, hay que desprenderse de los prejuicios y las etiquetas que a veces nos limi-

tan para usar la creatividad a través de la sensibilidad, en la dirección a la práctica de enfermera del cuidado.

CONSIDERACIONES FINALES

Nuestro caminar en la investigación fenomenológica ha puesto de manifiesto una gran variedad de sentimientos, porque nos damos cuenta de que cada persona enfrenta la enfermedad a su modo, presentando diferentes necesidades de atención o cuidados. El enfermero debe tener en su capacitación académica, los conocimientos teóricos y prácticos para satisfacer las necesidades expresadas por los pacientes que experimentan la enfermedad, sin embargo, no las necesidades no manifestadas requieren una atención que va más allá de los patrones ya establecidos.

Observamos que los pacientes son seres únicos, algunos tardan más tiempo en darse cuenta de sus enfermedades; otros buscan tratamientos y hacen inversiones en sí mismos sin descanso. Esos resultados iluminan nuestra práctica y reducen la posibilidad de alejarse de la esencia humana y de nuestro objeto real de trabajo: el cuidado dispensado a los seres humanos.

Aprendemos con la fenomenología que las historias y los relatos contados por las personas enriquecen nuestro conocimiento para la investigación y para la mejoría de la calidad de los cuidados de enfermería. Considerando que el ser humano sólo existe en la verdad, sólo cuando nos fijamos en los pacientes y en su propia existencia, es que conseguimos entrar en el mundo vivido por ellos y podemos compartir sus sentimientos, dolores, angustias y ansiedades. Acercarse a la otra persona en su esencia puede representar la oportunidad que el otro sea él mismo auténticamente, y seguir viviendo por los caminos que revelan una exis-



tencia sufrida, pero única y llena de significados.

Reflexionando sobre la enseñanza y la investigación, fortalecemos nuestra creencia de que la atención de enfermería requiere que los estudios no incluyan sólo los datos estadísticos, mientras estos sean esenciales para elucidar factores de riesgo, las ventajas terapéuticas, entre otros aspectos, pero creemos que la investigación cualitativa con abordaje fenomenológico puede proporcionar recursos para que sean aprendidas nuevas maneras de “mirar” a las personas que enferman, así como para la vida cotidiana de los lazos que se han establecido actualmente en la dinámica dentro y fuera del hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, PC. (2006) A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cad. Saúde Pública*; 22(8): 1547-1554.
- DARTIGUES, A. (2003) O que é fenomenologia. São Paulo: Moraes.
- FREITAS, GF; MERIGHI, MAB; FERNANDES, MFP. (2007) La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. *Index de Enfermería, España*; 16(58): 55-8.
- GONÇALVES, R. (2005) Vivenciando o climatério: o corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenologia [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP.
- GOMES, AMDA; PAIVA, ES; VALDES, MTM. (2008) Fenomenologia, Humanização e Promoção da Saúde: uma proposta de articulação. *Saúde Sociedade, São Paulo*; 17(1): 143-52.
- HEIDEGGER, M. (2004) Ser e tempo. Trad. de Márcia Sá Cavalcante Schuback. 13a ed. Petrópolis: Vozes.
- JESUS, MCP; PEIXOTO, MRB; CUNHA, MHF. (1998) O paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e fenomenológicas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*; 6(2): 29-35.
- LEITE, PC. (2006) A vivência de mulheres trabalhadoras de enfermagem que apresentam distúrbios osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT): uma abordagem compreensiva da fenomenologia existencial. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP.
- LÓPEZ, L. (2010) Los Saberes Culturales en Salud en un Mundo Glocalizado. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital); 19(2-3). Disponible en <<http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/2300.php>> Consultado día 25 octubre 2010.
- MERIGHI, MAB. (2003) Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- MOREIRA, DA. (2002) O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira Thompson.
- RIVERA, MS; HERRERA, LM. (2006) Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*; 15 (Especial): 158-63.
- SILVA, JMO; LOPES, RLM; Diniz NM. (2008) Fenomenologia. *Rev. bras. Enferm*; 61(2): 254-257.
- TERRA, MG et al. (2006) *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*; 15(4): 672-8.

EXPERIENCIA CLÍNICA, PARTE I

Una aproximación a un caso práctico de comunicación terapéutica

Clinical Experience, part I
An approach to a practical case of therapeutic communication.

Experiência clínica, parte I
Uma aproximação com um caso prático de comunicação terapêutica.

Isabel Huércanos Esparza

DUE por la Universidad Pública de Navarra, Licenciada en Enfermería Europea por University of Brighton (UK)



CLINICAL EXPERIENCE, PART I

An approach to a practical case of therapeutic communication.

ABSTRACT

Nursing is an eminently humanistic career, based on therapeutic communication. It requires an especial attitude, sensitivity, respect and love for human beings, it's in this context where we should work as a nurses. This intervention is based on the belief that to do our work therapeutic and significant to our patients, it must take into account which is the meaning of the disease for each person and comforted him or her in an active process to find together new behaviours more constructives for the person.

This work is a real theoretic and practice case, what it happened in a hospital, specifically in a Cardiology Unit, with a woman who had a myocardial infarction. We can find in this conversation deep emotions and feelings, she has taken stock of the events related to the MI and she consider her future after it.

The work has two communicative interventions, first of them is developed in this article, we analyze patient's fears and its implications. In the second part, we discuss more subjects, the aims were to know if fears were resolved, strategies were put on practice, evaluate her self-esteem and training her to become self-sufficient for her own care.

Keywords: Therapeutic relationship, nursing, communicative intervention.

EXPERIÊNCIA CLÍNICA, PARTE I

Uma aproximação com um caso prático de comunicação terapêutica.

RESUMO

A enfermagem é uma profissão, eminentemente, humanística e voltada para a relação de ajuda. Tal fato requer uma atitude de especial sensibilidade, respeito e amor perante o cui-

dado do ser humano, pois é nessa perspectiva que se deve situar o trabalho da enfermagem. Assim, a presente investigação volta-se para a crença de que o trabalho da enfermagem deve contribuir para um resultado terapêutico e significativo, levando-se em consideração o significado do adoecimento para a pessoa e o acompanhamento dela em um processo ativo com o intuito de encontrar juntos novas maneiras ou formas de conduta mais construtivas na interação com ela (Piulach, 1984).

O presente trabalho trata de um caso teórico-prático, ocorrido em uma unidade de atendimento em cardiologia, no qual uma senhora havia sofrido um IAM. Nessa situação, coloca-se em jogo emoções e sentimentos profundos, bem como se descreve o ocorrido e se planeja o futuro depois do agravo.

Incluem-se duas intervenções comunicativas: sendo a primeira apresentada neste artigo, analisando-se o medo que a pessoa demonstrou e o que comportava tal situação. Na segunda (que se apresenta na parte II do artigo), são enunciados outros temas, com o intuito de avaliar se o sentimento de medo resolvido, e se foram colocadas em prática estratégias e se foi valorizada a autonomia da pessoa, além de se buscar a capacitação para o seu auto cuidado.

Palavras chave: Relação de ajuda, Enfermagem, intervenção comunicativa.

RESUMEN

Enfermería es una profesión eminentemente humanística y de relación de ayuda, que requiere una actitud de especial sensibilidad, respeto y amor frente al ser humano y es en este contexto en el que debe situarse nuestro quehacer enfermero. Esta intervención se basa en la creencia de que para que nuestra labor como enfermeras/os resulte terapéutica y sig-

nificativa debe tener en cuenta el significado de la enfermedad para la persona y acompañarla hacia un proceso activo con el fin de encontrar juntos nuevas conductas más constructivas para ella (Piulach, 1984).

Este trabajo es un caso teórico-práctico real en una unidad de hospitalización de cardiología, con una mujer que ha sufrido un IAM. En él se han puesto en juego emociones y sentimientos profundos, se hace balance de lo ocurrido y se plantea el futuro tras el acontecimiento de enfermedad.

Incluye dos intervenciones comunicativas, la primera se presenta en este artículo, se analiza el miedo que ella muestra y lo que conlleva. En la segunda (se presenta en la parte II del artículo), se tratan más temas, con el propósito de evaluar si el miedo se ha resuelto, si se han puesto en práctica estrategias y valorar su autoestima, además de buscar la capacitación para su autocuidado.

Palabras clave: Relación de ayuda, enfermería, intervención comunicativa.

ANÁLISIS DEL PRIMER ENCUENTRO

María, es una mujer de 55 años. Se encuentra en una situación de crisis, ha sufrido un infarto de miocardio y se encuentra en el 5º día de hospitalización.

En el momento de nuestro primer encuentro, no la conocía, ni tampoco conocía su diagnóstico. Entro en su habitación porque su enfermera me pide que le quite una vía central. Por lo que esta primera intervención comunicativa se produce de manera improvisada.

Al entrar saludo a las dos pacientes por su nombre y me dirijo a la cama de María, ella me saluda con aparente bienestar, le digo que vengo a quitarle la vía, ella extiende el brazo, le quito los apósitos con delicadeza y empiezo

a extraerla. Ella se queja de dolor y yo le digo que lo haré despacio y cuando ella quiera pararé un rato, lo hacemos así hasta que está fuera, le pongo una gasa y un esparadrapo y le pido que apriete un poco. Entonces ella se lleva la mano al punto de punción y comienza a llorar intentando contener las lágrimas y girando la cara para que no la vea, en este momento comienza la interacción.

María había sufrido un infarto y hacía tres días había subido a planta tras pasar dos días en la UCI.

Es una mujer casada, madre de tres hijos, tiene amigos a los que ve de vez en cuando. Trabajaba de cuidadora a domicilio, durante varios años cuidó de la misma persona, hace tres meses murió esa persona y desde entonces se ha ocupado únicamente de las tareas del hogar.

Según Cibanal et al. (2003), constatamos que cuando las palabras no han sido dichas, aparece como un deterioro en el cliente, cuando no comunicamos lo que sentimos, vivimos, pensamos,...resulta que nos sentimos como aislados y nuestra ansiedad, miedo o angustia aumenta. Es por esto que creo que María, lanzó una llamada de atención al llorar, porque necesitaba expresar esos sentimientos que la recorrían tras la vivencia del infarto.

Ella enseguida expresa que está mal, por lo que al percibir que necesita hablar cojo una silla y me siento en ella junto a la cama de María, a su lado, teniendo en cuenta que las actitudes no verbales tienen una gran importancia en la comunicación (Cibanal, Arce y Carballal, 2003), lo hago para estar a la misma altura y poder hablar de tú a tú, mirándola de frente, con mi cuerpo ligeramente inclinado hacia ella en actitud de escucha. He estado atenta a no cruzar los brazos para que no pensase que estaba a la defensiva.

Con el fin de demostrarle acogida, interés y cordialidad he mantenido el contacto visual con ella, ya que, mediante la mirada el cliente puede percibir que nos esforzamos para acercarnos psicológicamente a él, incluso cuando ella no me miraba la he seguido mirando, he procurado que mi rostro mostrase comprensión y calma, acompañado de una sonrisa en ciertos momentos y asintiendo a modo de feedback, para darle a entender mi entendimiento y aceptación (Cibanal et al. 2003).

Al principio de la interacción, tengo la necesidad de informarme de su situación médica para poder darle respuestas apropiadas y poder comprenderla mejor, por eso le pregunto qué le han dicho los médicos.

Al contarme que los médicos la han informado de que ha tenido un pequeño infarto, me intereso por como está viviendo ella eso y le pregunto “¿y cómo te hace sentir eso?” ella expresa su malestar pero al principio no encuentra palabras para expresarlo, yo espero un poco manteniéndome en silencio y mirándola, a continuación le pregunto “¿qué es lo que te hace sentir tan mal?”. Entonces ella me cuenta que lo que le crea ese malestar es no saber qué va a sucederle después. En éste punto me adelanto un poco preguntándole si se refiere a cuando se vaya de alta. Me doy cuenta de que hubiese sido mejor una pregunta del tipo ¿a qué te refieres con después? Para que fuese ella misma la que me diga lo que la preocupa. De todas formas, ella afirma que se refería a eso y me cuenta la vivencia del dolor que sintió y su preocupación por no saber reconocerlo si se volviese a producir diciendo “...cuando me vaya a casa, ¡¡voy a estar todo el tiempo en que es eso cada vez que tenga un dolor?!”, al decirlo los músculos de su cara se tensan y su tono de voz se vuelve agresivo en cierto modo, esto denota poca confianza en sí misma (Cibanal et



al., 2003) y me hace pensar que es algo que le preocupa mucho.

Por eso, le digo *“entiendo que esa incertidumbre te haga sentir mal”*, con el fin de ofrecerle presencia, para que se sienta arropada y acompañada, y mostrando una actitud empática en la que ella pueda percibir que estoy entrando en su mundo personal (Giordani, 1997). Además le digo *“mientras estás aquí nos puedes llamar al timbre siempre que tengas algún dolor y con un ECG sabemos si es eso o no, y podemos evitarlo con un spray”* esto lo hago para que se sienta protegida y acompañada, que es otro de los aspectos que ayudan a resolver el miedo (Basurto, 2006-2007). A continuación, le proporciono información acerca de eso que le inquieta tanto, explicándole cómo puede reconocer el dolor, cómo actuar en caso de que se produzca y comentándole que apenas tiene efectos secundarios. Con la intención de que se sienta más segura y el miedo se reduzca mediante la información *“self-service”* (Basurto, 2006-2007).

Parece que la respuesta que le doy la tranquiliza, porque se muestra menos tensa y sonrío, me intereso por si hay algo más que la preocupe. Entonces ella dice *“...tampoco quiero estar llorando con mis hijos y con todos”*, esta frase me sugiere que no se permite a ella misma que afloren señales y sentimientos que indican la insatisfacción que siente por necesidades no

cubiertas (Basurto, 2006-2007), como la de seguridad y quizás la de autoestima. Con el fin de que se puedan satisfacer, sigo preguntándole para averiguar si tiene posibilidad dentro de su círculo familiar de drenar emociones *“¿has hablado con ellos sobre cómo te estás sintiendo después de lo que te ha pasado?”*, ella expresa *“con mis hijos no he hablado, no quiero hacerlos sufrir”*. Al analizar la interacción me doy cuenta de que esta frase puede indicar que María es una mujer acostumbrada a cuidar de su familia, pero no sé hasta que punto es consciente de que ella también es importante. Un poco después, dice que no quiere que la gente que viene a verla y que no pertenece a su familia más cercana le vea mal y reconoce que delante de ellos intenta aparentar que se siente bien. En este momento, podría haber explorado su autoestima, para que en caso de que no se valore demasiado a ella misma, intentar que aprenda que ella también es una persona valiosa e importante.

Sin embargo, lo que hago es preguntarle *“¿no crees que a ellos les gustaría saber cómo te sientes ahora?”*, con el fin de detectar si puede hablar sobre cómo se está sintiendo con sus hijos también, puesto que para tratar el miedo es importante hablar sobre él, explicitarlo (Basurto, 2006-2007), pero ella insiste en que no quiere y entonces le preguntó por otras personas-recurso que ella pueda tener. Entonces, ella me habla de su marido y su hermana como esas personas, incluso refiere de nuevo que su hermana ha pasado también por un infarto y es la que mejor la entiende, por lo que con esto ella ya ha podido empezar a plantearse hablar sobre sus emociones con personas de su entorno. Entonces con una reformulación, de tipo reiteración: *“entonces, tienes a tu marido y a tu hermana...”* busco que ella perciba que la escucho con atención e interés y con la intención de

que tome conciencia de su situación y lo que me ha expresado de manera que pueda poner en marcha acciones para la resolución de ese miedo (Cibanal et al., 2003). Parece resultar porque tras esto comenta: *“Sí, además mi marido va a venir después de comer y hablaré con él cuando venga sí...”* Aquí percibo que se ha producido un cambio, María ahora es consciente de que hablar sobre sus sentimientos y vivencias en este momento y compartirlo puede ser beneficioso para ella y reducir la carga que tiene. Finalmente María verbaliza claramente el miedo, al haber favorecido que ella pudiese hablar conmigo de cómo le hace sentir esta situación, haciéndole preguntas abiertas y empleando la reformulación: *“...me da miedo no salir de ésta...”* ya me había hecho pensar en la presencia de miedo con frases anteriores como *“lo que me preocupa es no saber qué va a pasar” “cuando me duele un poco la espalda por la postura o algo así lo primero que pienso es si será otra vez el infarto...”*

He valorado si ese miedo es real, esto me interesa porque es el primer paso para poder ayudarla, creo que lo es en cierta medida porque aunque bien es cierto que no tiene porque volver a darse un infarto ya le ha sucedido una vez.

Según Maslow (1991) *“el organismo está dominado por las necesidades insatisfechas al igual que la organización de su comportamiento”*, en este caso el miedo que experimenta María es una expresión de que su necesidad de seguridad no está satisfecha, como nombra más adelante el autor, la necesidad de seguridad abarca necesidad de estabilidad, protección, ausencia de miedo y ansiedad, etc. Pensando en esto y en la situación en la que encontré a María, me planteé en qué manera ese miedo la afectaba observando que en cierta forma la inmoviliza, ya que, como ella expresa no se



siente con ánimos para levantarse de la cama. Considero que si este miedo no se trata, la puede inmovilizar incluso en otros aspectos de su vida una vez se vaya de alta.

Una vez detectado el miedo y haberle dado dimensión (Basurto, 2006-2007), juntas hemos ido analizando que puede hacer, buscando que ella sea consciente de que está en su mano evitar que se repita el infarto y así se sienta más segura. Para ello, quiero detectar qué es lo que a ella le supone mayor dificultad y con qué relaciona el infarto.

Hemos hablado sobre cambios que están en sus manos para reducir ese miedo, en ese momento le digo *“pero no tiene porqué volver a pasar, con los cambios en los estilos de vida, es decir, en la dieta, el ejercicio... hay muchos estudios que demuestran que el riesgo se reduce muchísimo”*

He llegado a ayudarla para que saque la clave del miedo, la imposibilidad que ella ve para dejar de fumar cuando dice *“... lo que me va a costar es dejar de fumar, eso sí que me va a costar...”* esto me hace pensar que hace una relación directa entre el tabaco y el infarto y es esa imposibilidad que cree que tiene para dejar de fumar lo que la hace pensar que se repetirá.

Aunque muestra su intención de abandonarlo *“pero se acabó, ya veo que no se puede y no se puede”*, le refuerzo positivamente diciéndola *“entiendo que tiene que ser duro (empatía) pero esa disposición que tienes para dejar de fumar y ese ánimo es lo más importante”* buscando que se sienta apoyada y le dé ánimo para el cambio, ya que es necesario que el terapeuta acompañe el camino que el cliente ha asumido libremente con intervenciones reforzantes y sostenedoras del compromiso (Giordani, 1997), es por esto que empleo el refuerzo positivo en varias ocasiones en mis interacciones con María.

Ella misma en ese momento parece que se anima y sonriendo dice *“además ya llevo sin fumar todo el tiempo que llevo aquí (en el hospital)...”* le vuelvo a dar refuerzo positivo y le doy información, en ese momento con la intención de que ella supiese que realmente es una decisión importante que le puede ayudar mucho en su situación de salud y que la tranquilice, en relación a que ella puede actuar, pero al hacer el análisis me doy cuenta de que me adelanto y hubiese sido mejor explorar qué supone para ella llevar tanto tiempo fumando *“por lo menos 20”* y que ella pudiese expresar sus dificultades y sus dudas, esto me hubiese permitido que la EpS que le doy esté más centrada en ella e individualizada.

Ella se sorprende de la información que le doy y sonrío, lo que me lleva a pensar que realmente le reconforta lo que le digo, aunque hubiese sido más apropiado más tarde.

Después le pregunto si le han entregado la guía del paciente coronario (es una guía que informa a los pacientes de los factores de riesgo del infarto, aunque no da información sobre cómo modificarlos), ella me responde que sí y que la ha leído, por lo que, la información que yo le doy refuerza y amplía esa que ya tenía.

Tras este pequeño paréntesis, vuelvo a pre-

guntarle por sus apoyos, pienso que es más adecuado, una vez identificada su principal dificultad *“con respecto a lo de dejar de fumar, ¿tienes gente que te apoye en casa?”* con el fin de descubrir si en su casa se le va a dificultar el dejarlo o no, pero ninguno fuma y siempre han querido que lo deje.

Me habla de otro momento en el que lo intentó dejar y no pudo. Aquí me planteo al leer la conversación que hubiese sido bueno seguir hablando de la anterior vez que lo intentó para ver las diferencias entre la situación que vivía ella antes y la de ahora, con el fin de potenciar las diferencias que hay en este momento como su ánimo, concienciación, mayor información para que pueda ver que no tiene porque suceder lo mismo.

Sin embargo, en el momento de la interacción ella vuelve a decir que *“tengo muy claro que se acabó”*, le doy refuerzo y protección de nuevo cuando le toco y le digo *“el ánimo que tienes para dejarlo es lo más importante”* y reconozco sus recursos: *“...y teniendo el apoyo de tu familia yo creo que será más fácil”*, ya que parece que su familia está ahora más encima de ella para que lo deje tras el infarto.

Pensando sobre cómo habla de su familia como fundamental punto de apoyo para ella, me planteo intentar averiguar qué tipo de apoyo le dan realmente, sobretodo su marido que es con el que más tiempo pasa, para ver si su apoyo se basa en la escucha o puede además hacer algo por ella.

Siguiendo con el diálogo, yo le he ofrecido posibilidades que es posible que ella no conozca, como la consulta de la enfermera en el centro de salud o grupos de ayuda para la deshabituación tabáquica en la comunidad, además de un folleto para que pueda ir leyendo estos días de ingreso. Ella es una mujer con recursos y busca otra posibilidad y la propone: *“Ahora*

que lo dices, cerca de mi casa hay una herboristería en la que tienen una persona para eso y hacen lo de los grupos”, había pensado hacerlo anteriormente pero finalmente no lo había hecho nunca.

Reconozco que es una buena forma de hacerlo y le comento que le traeré un folleto si quiere, ella se muestra dispuesta.

Le doy algunas estrategias que se destacan en la información que le entregaré por escrito y que le pueden ser de ayuda como “...por cada semana que pasas sin fumar hacerte un regalito, para animarte a seguir y darte un premio por ese éxito”, a ella parece gustarle la idea y sonríe proponiendo “con el dinero que me gastaba antes en tabaco me lo voy a ir guardando para irme a cenar un día con mi marido o al cine...”, la vuelvo a reforzar diciéndole “me parece muy buena idea” y sigo “otra de las cosas que destacan es que la mayor dificultad es que el tabaco se asocia a determinados momentos...lo que se puede hacer es cambiar de hábitos las primeras semanas que es cuando más cuesta”, ella muestra que lo ha entendido y vuelve a proponer tácticas que cree que le pueden ayudar con la información que le he dado y adaptándola a sus propios gustos “... en vez de tomarme un café después de comer me puedo tomar una manzanilla o un Colacao® o nada ¿no?”, continúa “sí así creo que es más fácil. Tengo bien claro que no puedo volver a fumar, además si cojo un cigarro y me ven mis hijos me matan”, esto último aunque en su momento no lo confronté con ella, ahora me lleva a pensar en qué medida sus hijos la pueden ayudar porque se me plantea la duda de si intentan que deje de fumar mediante “amenazas” o haciéndola sentir culpable, porque esa no sería la manera adecuada y tendría que plantearse en el próximo encuentro.

Ya al final de la conversación, le ofrezco

mi disponibilidad para continuar hablando y que me pueda plantear lo que necesite, haciéndole ver cual es mi función y trabajo con ella y cuánto durará (Basurto, 2006-2007): “*estos días que vas a estar aquí podemos seguir hablando sobre esto y sobre los demás factores de riesgo que te puedan preocupar*”

Continúo preguntándole cuando le van a hacer el cateterismo, ella contesta que cree que el martes. Con el fin de que me dé un feedback de lo que ha comprendido sobre la información que le han dado los médicos le pregunto “¿te han explicado lo que es?”, ella explica brevemente en qué consiste de forma correcta, le pregunto si sabe que es en el otro hospital principal de la ciudad y ella contesta que no se lo habían comentado, entonces le explico brevemente la organización en estos casos. Le doy esta pequeña información para evitar la ansiedad que esta prueba puede provocar en los pacientes y que como he citado antes está relacionado con la necesidad de seguridad de las personas. Aunque en realidad no he comprobado antes si este es su caso o si se siente tranquila con respecto al cateterismo.

Mientras hablamos sobre el cateterismo y ella me ha explicado en qué consiste dice “*todo eso me lo sé porque a mi hermana ya se lo hicieron y le pusieron varios muellecitos de esos*”, entonces para que ella pueda pensar en su propio miedo y darse cuenta de que hay personas que han pasado por lo mismo y se encuentran bien, teniendo en cuenta expresiones de María durante nuestra charla “*cuando estaba en la UCI y le pregunté a mi hermana ¿y ahora qué?*” Y ella me dijo “*ahora a vivir*” o cuando me ha dicho que el dolor lo tuvo mientras estaba andando con su hermana, y me han llevado a pensar que su hermana estaba bien le pregunto “*¿y cómo está tú hermana?*”, María responde “*como nueva y se lo hicieron hace 8 años*”

Hice esa pregunta con la intención de que ella se diese cuenta de que es posible salir de esa situación y seguir con su vida.

Termina nuestra conversación y ella me dice *“me he quedado más tranquila después de hablar contigo”...“ya estoy mejor”*, por lo que parece que le he ayudado a que el miedo que sentía se reduzca y ha empezado a pensar en estrategias para ese cambio que al principio de nuestro encuentro veía muy difícil, la ha desbloqueado en cierta medida porque dice *“... después me levantaré un poco”*

Me presento porque todavía no lo había hecho puesto que la interacción surgió de improviso y nos despedimos tras recordarle mi disponibilidad, con la intención de que me vea también como un recurso para ella (Basurto, 2006-2007) y me comprometo a acompañarle en su decisión de dejar de fumar.

CONCLUSIONES

La teoría habla de varios aspectos a tratar para la gestión del miedo que actúan de antídotos (Basurto, 2006-2007), entre ellos dar la información que el paciente necesite y no la que como profesionales consideramos que debe tener, ya que, la relación de ayuda no es un proceso unidireccional en el que la persona prodiga la ayuda a un cliente que la recibe (Chalifour, 1994). Por ello, se da prioridad a los temas que a ella más le preocupaban, como son el dolor torácico y la deshabitación tabáquica, teniendo en cuenta una de las principales ideas de Isabel Serrano (1997), la importancia de que nuestro mensaje sea significativo para la persona, aquello que *“conecte con la vivencia actual de los problemas de salud, con su trayectoria cultural, con sus experiencias de enfermedad. Por lo que es necesario tener como punto de partida la experiencia de las personas con las que trabajamos”*. Aunque en otros mo-



mentos me planteo abordar otros temas con María, para valorar qué necesita para afrontar esta situación y su futuro autocuidado una vez esté en su hogar.

Dado que la información se debe dar de manera dosificada, tal y como dice De Lorenzo (2005-2006) porque el paciente sólo puede retener unos puntos clave, por ello, planifico repartirla en los diferentes encuentros que tengamos de acuerdo a las necesidades que ella plantee.

En cuanto al miedo, se ha observado si es real, le hemos dado dimensión y hemos visto qué es lo que ella puede hacer para resolverlo (Basurto, 2006-2007)

Otro de los aspectos a analizar es la experiencia previsible, en este caso es posible que el infarto se vuelva a dar si no se trabaja para evitarlo. María ha mostrado su interés y compromiso para el cambio, ha decidido la meta, además de líneas de acción para lograrlas (Marroquín, 1991) y yo he procurado articular la teoría en la práctica demostrándole presencia y escucha activa. Además de protección, apoyo, disponibilidad, contacto congruente con el mensaje verbal (Cibanal et al., 2003) pretendiendo con esto que María se sintiese

importante, escuchada, apoyada, que pudiese expresar su vivencia, sus dificultades, preocupaciones y miedos en relación con ellas. Que pudiese expresar y afrontar ese miedo y que se sintiese capaz de iniciar cambios, valorando el pasado y planificando el futuro.

He estado atenta a analizar su comportamiento no verbal, aunque en ocasiones me he despistado de esto intentando pensar la respuesta más apropiada o la pregunta oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

- Basurto, S. (2006-2007) Cuidados enfermeros. Bibliografía no publicada para la asignatura Cuidados Holistas. Material del Aula. Escuela de Enfermería de Osakidetza Vitoria
- Chalifour, J. (1994). La relación de ayuda en enfermería. Una perspectiva holística-humanística. Barcelona: SG Editores.
- Cibanal, L, M.C Arce y M.C. Carballal (2003). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la salud. Madrid: Elsevier.
- De Lorenzo, E. (2005-2006). Educación para la salud. Bibliografía no publicada. Escuela de Enfermería de Osakidetza, Vitoria-Gasteiz
- Giordani, B. (1997). La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff. Bilbao: Desclée De Browuer
- Marroquín, M. (1991). La relación de ayuda en Robert R. Carkhuff. Bilbao: Mensajero.
- Maslow, A.H. (1991). Motivación y personalidad. Madrid: Díaz de Santos.
- Piulachs, M.T. (1984). Naturaleza de la atención de enfermería y su posición en el contexto general de los cuidados de salud. Nursing, Enero- Febrero: 19-27.
- Serrano, I. (1997). La Educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud. Madrid: Díaz de Santos

EXPERIENCIA CLÍNICA, PARTE II

Una aproximación a un caso práctico de comunicación terapéutica

Clinical Experience, part II

An approach to a practical case of therapeutic communication.

Experiência clínica, parte II

Uma aproximação com um caso prático de comunicação terapêutica.

Isabel Huércanos Esparza

DUE por la Universidad Pública de Navarra, Licenciada en Enfermería Europea por University of Brighton (UK)



CLINICAL EXPERIENCE, PART II

An approach to a practical case of therapeutic communication.

ABSTRACT

Nursing is an eminently humanistic career, based on therapeutic communication. It requires an especial attitude, sensitivity, respect and love for human beings, it's in this context where we should work as a nurses. This intervention is based on the belief that to do our work therapeutic and significant to our patients, it must take into account which is the meaning of the disease for each person and comforted him or her in an active process to find together new behaviours more constructives for the person.

This work is a real theoretic and practice case, what it happened in a hospital, specifically in a Cardiology Unit, with a woman who had a myocardial infarction. We can find in this conversation deep emotions and feelings, she has taken stock of the events related to the MI and she consider her future after it.

The work has two communicative interventions, first of them is developed in this article, we analyze patient's fears and its implications. In the second part, we discuss more subjects, the aims were to know if fears were resolved, strategies were put on practice, evaluate her self-esteem and training her to become self-sufficient for her own care.

Keywords: Therapeutic relationship, nursing, communicative intervention.

EXPERIÊNCIA CLÍNICA, PARTE II

Uma aproximação com um caso prático de comunicação terapêutica.

RESUMO

A enfermagem é uma profissão, eminentemente, humanística e voltada para a relação de ajuda. Tal fato requer uma atitude de especial sensibilidade, respeito e amor perante o cui-

dado do ser humano, pois é nessa perspectiva que se deve situar o trabalho da enfermagem. Assim, a presente investigação volta-se para a crença de que o trabalho da enfermagem deve contribuir para um resultado terapêutico e significativo, levando-se em consideração o significado do adoecimento para a pessoa e o acompanhamento dela em um processo ativo com o intuito de encontrar juntos novas maneiras ou formas de conduta mais construtivas na interação com ela (Piulach, 1984).

O presente trabalho trata de um caso teórico-prático, ocorrido em uma unidade de atendimento em cardiologia, no qual uma senhora havia sofrido um IAM. Nessa situação, colocase em jogo emoções e sentimentos profundos, bem como se descreve o ocorrido e se planeja o futuro depois do agravo.

Incluem-se duas intervenções comunicativas: sendo a primeira apresentada neste artigo, analisando-se o medo que a pessoa demonstrou e o que comportava tal situação. Na segunda (que se apresenta na parte II do artigo), são enunciados outros temas, com o intuito de avaliar se o sentimento de medo resolvido, e se foram colocadas em prática estratégias e se foi valorizada a autonomia da pessoa, além de se buscar a capacitação para o seu auto cuidado.

Palavras chave: Relação de ajuda, Enfermagem, intervenção comunicativa.

RESUMEN

Enfermería es una profesión eminentemente humanística y de relación de ayuda, que requiere una actitud de especial sensibilidad, respeto y amor frente al ser humano y es en este contexto en el que debe situarse nuestro quehacer enfermero. Esta intervención se basa en la creencia de que para que nuestra labor como enfermeras/os resulte terapéutica y sig-

nificativa debe tener en cuenta el significado de la enfermedad para la persona y acompañarla hacia un proceso activo con el fin de encontrar juntos nuevas conductas más constructivas para ella (Piulach, 1984).

Este trabajo es un caso teórico-práctico real en una unidad de hospitalización de cardiología, con una mujer que ha sufrido un IAM. En él se han puesto en juego emociones y sentimientos profundos, se hace balance de lo ocurrido y se plantea el futuro tras el acontecimiento de enfermedad.

Incluye dos intervenciones comunicativas, en la primera se analiza el miedo que ella presenta y lo que conlleva (en el artículo previo, parte I). En la segunda se tratan más temas, con el propósito de evaluar si el miedo se ha resuelto, si se han puesto en práctica estrategias y valorar su autoestima, además de buscar la capacitación para su autocuidado.

Palabras clave: Relación de ayuda, enfermería, intervención comunicativa.

ANÁLISIS DEL SEGUNDO ENCUENTRO

Mi segundo encuentro con María tiene lugar al tras el fin de semana, al final de la tarde, es su 8º día de hospitalización en la unidad. Unas horas antes he estado con ella y su marido, le he entregado el folleto que le prometí y he conversado un poco con los dos, le he preguntado a él “¿qué te parece la decisión que ha tomado de dejar de fumar?” y él me ha respondido “estoy muy contento, lo estuvimos hablando ayer por la tarde y me dijo que metiese en una caja el dinero que ha ahorrado esta semana por no haber fumado, es una buena idea y ya lo he hecho. Yo la animo mucho para que continúe así” le sonrío y le respondo que me parece muy bien. La pregunta se la he hecho con el fin de comprobar el apoyo que él le da y parece que

realmente está comprometido a ayudarla y la anima. Se lo entrego y quedo con ella en seguir la conversación del otro día tras la cena.

Entro en la habitación, la encuentro leyendo el folleto que le he entregado (es un folleto de un centro de salud que tenía en casa porque en la unidad no disponen de ninguno).

Tras analizar mi anterior conversación con María, me planteo otro nuevo encuentro, con la intención de tratar otros temas importantes para que María pueda manejarse con su autocuidado una vez se vaya de alta, comprobar cómo se encuentra ese miedo detectado el día anterior, ver si ha sido capaz de ponerse en marcha y llevar a cabo estrategias que hablamos

Además, quiero valorar cómo está su autoestima, ya que, en el anterior detecté ciertas expresiones de ella que me llevaron a pensar que quizás ten-

ga una baja autoestima, que puede verse afectada por la dificultad para dejar de fumar y a su vez puede estar interfiriendo en su decisión de abandonarlo. Entendiendo por autoestima la capacidad de apreciarse y valorarse a sí mismo, considero que es importante conocerla y actuar si es oportuno para que ella descubra su valor, puesto que, un buen nivel de autoestima en María facilitará su adaptación a la nueva situación que vive y para el autocuidado (Carbello y Rodríguez, 1998-1999).

Empiezo preguntándole si ha hablado con su marido y su hermana sobre cómo se siente, tal y como me dijo el viernes. Entonces ella me responde “Sí, hablé con ellos y también con mis hijos”, ésta respuesta me sorprende, dado que

el día anterior insistió en que con sus hijos no quería hablar para que no sufriesen y por esa desconfianza en sí misma para dejar de fumar, es lo que me llevó a pensar que quizás no tuviese una autoestima buena.

Además esta negativa a compartir con ellos se veía incrementada por sus hijos que le decían cuando la veían llorar “venga ama no llores, ánimo”, posiblemente porque ellos mismos están mal y no quieren reconocerlo y el llanto de su madre les recuerda su propio sufrimiento. Le sonrío preguntándole “¿y sobre qué les hablaste?” y ella al responder “...que



creo que me va a costar dejar de fumar pero si puedo contar con ellos para que me ayuden”, más adelante también comenta que antes se ocupaba de todas las cosas de la casa además de trabajar fuera de casa y hacía algunas cosas para sus hijos si ellos se lo pedían,

pero afirma “me he dado cuenta de que ahora en casa no voy a poder hacerlo todo como lo hacía antes... Me he dado cuenta de que ahora necesitaré que me echen una mano con las cosas para que yo pueda estar más tranquila,...dedicar más tiempo a mis cosas que ya he trabajado durante muchos años y ahora me toca que me den mimos a mí”. Le contesto con una paráfrasis para aclarar qué es esto a lo que se refiere María, como decir, “lo que me quieres decir con esto es que...”: “entonces, es momento de que te cuiden ellos a ti, después de tantos años que has cuidado tú de todos...”

Lo que me dice, me ha llevado a pensar que ella es capaz de pedir ayuda ahora que la necesita, ha cambiado el significado que para ella



tenía expresar sus emociones a sus hijos, se ha dado cuenta de que en este momento es ella quien necesita ser cuidada y ha sabido pedirlo, ella me ha comentado: *“estos días por la tarde hemos estado aquí todos y les he contado cómo estaba y además ellos ya sabían porque me han visto llorar”*. Tras contarme lo que ha decidido y que ya ha empezado a poner en marcha lo que hablamos el otro día (su marido ha metido por ella 20 euros en una caja, es lo que habría gastado en tabaco la semana que lleva ingresada).

A continuado diciendo que a su familia le ha parecido muy buena idea, y sigue *“uno de mis hijos me ha dicho que si no me lo gasto en ir a la peluquería, a cenar o algo que lo quemará porque me decía que eso era lo que hacía yo antes con el dinero...”*, esto me hace pensar de nuevo si su hijo realmente la apoya en su decisión o la coacciona de cierta forma para que ella se sienta mal por haber fumado y sienta miedo si en algún momento se le ocurre volver y no lo haga, puesto que el miedo tiene un papel protector y motivador sobre el comportamiento para evitar aquello que nos ha produ-

cido daño previo (Sanz de Acedo et al., 2000).

En el momento de la interacción no sé que contestarle, pero ahora analizándola habría sido más apropiado averiguar en qué modo sus hijos le ofrecen su apoyo como ella ha comentado, porque culpabilizándola no sería la manera y esto también puede afectar a su autoestima al sentir que los demás no confían en ella verdaderamente, para ello le habría preguntado *“¿cómo es que te dice eso?”*, para que ella pudiese pensar sobre qué es lo que lleva a su hijo a decirle eso, después *“¿cómo te hace sentir que él te diga eso?”*, *“¿qué haces tú en esos momentos?”* ¿les has hablado de que necesitas su apoyo?

Durante unos minutos la paciente de la cama de al lado interrumpe la conversación.

Cuando la retomamos le digo *“te veo más animada que el otro día”*, ella reconoce que se siente mejor y afirma *“...yo creo que voy a conseguir dejarlo...”* expresa su autoconfianza y su rostro indica mayor serenidad, esta nueva actitud le ayudará también a gestionar el miedo. Con el cuidado que le he proporcionado en el anterior encuentro, me doy cuenta de que ella ha podido reflexionar, y auto-explorarse, según diversas investigaciones, esto se relaciona con el éxito terapéutico, además de comprender donde se encuentra en relación a donde quiere llegar y que necesita para ello (Marroquín, 1991). Ha reconocido el miedo y con qué lo relaciona, de manera que ha podido descubrir que está en su mano evitar un nuevo infarto y poner en marcha acciones para conseguirlo.

Continúa hablando de las dificultades que había tenido los primeros días y su negativismo y termina *“después pensé en lo bien que estaba mi hermana y la demás gente que conocía con infarto, que incluso estaban trabajando y empecé a pensar que yo no tenía porque ser menos. Tengo un amigo que bebía y fumaba*

desde la mañana, un montón, le dio un infarto y lo dejó todo de golpe y lleva muchos años, si ha podido él ¿no voy a poder yo!”, esto me lleva a pensar que nuestra charla el otro día le hizo reflexionar y le resonó por dentro. Le doy refuerzo positivo de nuevo “claro que sí, tienes razón y yo confío en que tú puedes hacerlo”, (le toco y le sonrío), expresándole mi confianza en ella favorezco que ella empiece a tener confianza en sí misma (Basurto, 2006-2007) para que sienta que le apoyo en la decisión que ha tomado, como expresan Carbelo y Rodríguez (1998-1999), la actuación enfermera para el desarrollo de una buena autoestima debe ir dirigido a apoyar que la persona sea capaz de actuar según se crea más acertado y confíe en las decisiones tomadas. Así mismo, he buscado potenciar que viva el presente sin dedicar mucho tiempo a preocuparse por lo que hizo en el pasado (Carbelo y Rodríguez, 1998-1999) y he buscado que ella piense en las diferencias entre la anterior vez que no consiguió dejarlo y ésta diciéndole: “Yo te animo a que las próximas veces que te digan algo así les expliques tus motivos. Caíste una vez, pero ¿no crees que no tiene porqué volver a pasar? yo te veo muy convencida y dispuesta y ahora la situación es diferente, crees que tienes otras motivaciones?”

Ella afirma que eso es lo que hará, explicar a los demás porqué ha decidido dejarlo y reconoce que tras el infarto ve las cosas de otra manera y sabe que no puede volver a fumar.

Después de esto, me pregunta por la forma de vida que debe seguir al principio cuando vaya casa, quiere saber si podrá salir, le digo las recomendaciones que se dan a este tipo de pacientes para las primeras semanas en este sentido, he intento explorar si tiene algún hobby que le pueda hacer más fácil el acostumbrarse a nuevos hábitos, no hay nada que le guste para hacer ejercicio salvo andar pero comenta

“me gusta mucho coser, el punto de cruz...”, yo le refuerzo lo bueno que es que siga haciendo esas cosas con las que disfruta, también con el fin de reforzar su autoestima (Carbelo y Rodríguez, 1998-1999), ya que hay expertos que mencionan que potenciar este aspecto en las personas es un aspecto clave para que los cambios en los estilos de vida sean satisfactorios (Cabezas et al., 2005).

María me habla de que tuvo una depresión al morir su madre hace 15 años, no considero apropiado profundizar en ese tema puesto que ha pasado mucho tiempo y no es el momento, tampoco muestra tristeza que pueda llevarme a pensar que es un duelo no resuelto, por lo que lo dejo pasar. Ella lo ha mencionado “ahora necesito eso, estar animada no sea que me vuelva a coger otra vez la depresión”, le preguntó si cree que puede volver a pasarle pero ella reconoce que no, y dice “...al hablar con mis hijos y que la familia sabe cómo estoy me puedo desahogar”, le refuerzo que ahora sale a andar con el fin de que perciba que la situación es diferente que eso es signo de que no está deprimida y avanza. Entonces ella reconoce “sí, es diferente, estoy más animada esta vez. No tiene porqué volver a pasar”. Después cambia de tema hablando sobre la cena, entonces le pregunto por la dieta que seguía hasta ahora, me pregunta si puede seguir haciendo ciertas comidas que le gustaban, yo le doy algunas recomendaciones, como tomar el pan integral y preferiblemente aceite de oliva. Me intereso por si alguien le ha explicado algo sobre la dieta que es mejor llevar a partir del infarto, ella me dice que no y que le gustaría informarse sobre ello. Quedamos en seguir hablando al día siguiente sobre eso y le comento que de todas formas en el centro de salud también le pueden explicar mejor y más detalladamente sobre la alimentación y como cocinar. Nos despedimos.

CONCLUSIONES

Hemos tratado otros temas que ella me ha expresado que le interesaban como el ejercicio y la comida. Creo que he conseguido evaluar su autoestima y considero que es adecuada, aun así en esta intervención se ha buscado reforzarla con el propósito de favorecer que se sienta con capacidad y respaldada para la nueva situación a la que se enfrenta de tantos cambios en su estilo de vida.

Me ha quedado por valorar cómo es la relación con sus hijos, consideré que era apropiado hablar con ellos para valorar como viven la situación de su madre, comprobar el soporte que le proporcionan y de que manera lo hacen pero esto no fue posible porque no coincidí con ninguno de ellos en el hospital.

No pude seguir tratando tampoco otros aspectos con María puesto que le dieron el alta, pero pienso que en la medida de lo posible estas intervenciones han contribuido a solucionar el problema presente del miedo, actuando a los niveles que me fue posible, e informándole de que el seguimiento por parte del sistema no se acaba aquí, sino que tiene el recurso de su centro de salud para utilizarlo como apoyo para su cambio de estilos de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Basurto, S (2006-2007). Cuidados enfermeros. Bibliografía no publicada para la asignatura Cuidados Holistas. Material del Aula. Escuela de Enfermería de Osakidetza Vitoria
- Cabezas- Peña, C, T, Robledo de Dios, F Marqués, R, Ortega Sánchez-Pinilla, M, Nebot Adell, M.J. Megido Badía, et al. (2005). Recomendaciones sobre los estilos de vida. Atención Primaria (Online) 36 (2): 27-46. Disponible en: <http://www.papps.org/recomendaciones/06-expertos-estilos-vida.pdf>
- Carbelo, B. y S. Rodríguez (1998-1999). La autoestima, un elemento fundamental en la relación de ayuda. Metas. N°11: 9-14.

- Marroquín, M (1991). La relación de ayuda en Robert R. Carkhuff. Mensajero, Bilbao.
- Piulachs, M.T. (1984) Naturaleza de la atención de enfermería y su posición en el contexto general de los cuidados de salud. Nursing, Enero- Febrero: 19-27.
- Sanz de Acedo, M.L., M. Pollán y E. Garrido (2000). Psicología. Mente y Conducta. 3ªed. Desclée De Brouwer, Bilbao.

Historia

Barberos y Sangradores en Iberoamérica¹

Barbers and Bleeders in Latin America.

Barbeiros e Sangradores Iberoamericanos.

Raúl Expósito González

Enfermero. Hospital General Universitario de Ciudad Real

¹El contenido de este trabajo se presentó en forma de comunicación oral en el IX Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermería celebrado en Las Palmas de Gran Canaria los días 26, 27 y 28 de abril del año 2007.



Barbers and Bleeders in Latin America

ABSTRACT

The discovery of the New World brought a series of profound changes and transformations in the habits and lifestyles of indigenous peoples, not only in terms of political, econo-

mic social and new civilizations, but also in the field of science, as Medicine and the different branches of the healing art, being a clear example in this sense the arrival of barbers and bleeders from the Iberian Peninsula.

Key words: Barbers, Bleeders, Phlebotomy, Latin America.

Barbeiros e Sangradores Iberoamericanos

RESUMO

O descobrimento do Novo Mundo trouxe consigo uma série de profundas mudanças e transformações nos costumes e estilos de vida indígenas, não somente em relação à organização política, social e econômica das novas civilizações, mas também no campo das ciências, como a Medicina e as distintas especialidades da arte da cura, destacando-se, como um expoente claro, a chegada de barbeiros e sangradores, procedentes da Península Ibérica.

Palavras chave: Barbeiros, Sangradores, Flebotomia, Ibero América.

RESUMEN

El descubrimiento del Nuevo Mundo trajo consigo una serie de profundos cambios y

transformaciones en las costumbres y estilos de vida indígenas, no sólo en cuanto a la organización política, social y económica de las nuevas civilizaciones, sino también en el campo de las ciencias, como la Medicina y las distintas ramas del arte de curar, siendo un exponente claro en este sentido la llegada de barberos y sangradores procedentes de la Península Ibérica.

Palabras clave: Barberos, Sangradores, Flebotomía, Iberoamérica.

I. INTRODUCCIÓN.

La llegada de los españoles a América y la posterior colonización de estos territorios conllevó una serie de intensos cambios en las costumbres y estilos de vida de los aborígenes con la implantación de un nuevo ordenamiento que afectaría no sólo a la vida política, social y económica de los nuevos asentamientos sino que también afectaría al ámbito de la sanidad. En este sentido, barberos y sangradores procedentes de la Península Ibérica arribaron al Nuevo Mundo para desarrollar el oficio que hasta entonces venían desempeñando en España, las operaciones de cirugía menor, y en diversas situaciones otras de distinta envergadura, hasta el punto de convertirse en muchas ocasiones en el único referente al que acudir en caso de enfermedad.

En la bibliografía sobre la historia de las distintas ramas del arte de curar y de cuidar generada en nuestro país, así como recientemente en otros de habla hispana, podemos encontrar referencias claras y alusiones a las actividades de estos barberos y sangradores.

Pretendemos por tanto, mediante la revisión de estas fuentes junto con la de otras ya clásicas conocer aún más de cerca el oficio artesanal de los barberos y sangradores y su

repercusión en la nueva sanidad que se iba gestando en Iberoamérica y en la que estos empíricos al igual que había sucedido anteriormente en la Península, tampoco estuvieron exentos de disputas y pleitos con los escasos médicos y cirujanos que trataban de abrirse camino en América.

II. PRÁCTICAS MÉDICAS EN AMÉRICA ANTES DEL DESCUBRIMIENTO.

Aunque no es objeto de este estudio ya que merecería un trabajo exclusivo, sí que es necesario resaltar de manera esquemática algunas de las nociones curativas contra la enfermedad que los indios del centro de América y de los Andes tenían mucho antes de la llegada de los primeros europeos al continente:

Aztecas:

- Conocían y aprovechaban las propiedades curativas de las hierbas medicinales.
- Tenían parteras, “tlamatquicitl”, para la instrucción prenatal y postnatal así como para asistir a los partos.
- No permitían ejercer la medicina sin aprobar un examen de competencia.
- Practicaban la sangría.
- Seguían el método experimental.
- Eran hábiles cirujanos: utilizaban el bisturí de obsidiana, trepanaban cráneos, realizaban incrustaciones dentarias y sabían tratar luxaciones, fracturas, quemaduras, úlceras...
- Conocían la utilidad de la hidroterapia.
- Ejercían en grandes establecimientos hospitalarios para indigentes a modo de hospicios.

Incas:

- Empleaban purgantes, sangrías y drásticos.
- Conocían las propiedades diuréticas del maíz y las propiedades febrífugas de la quinina o cascarilla de Loja.

- Practicaban la hidroterapia mediante “temazcallis” o sudatorios.
- Practicaban la trepanación.
- Cuidaban su higiene y el “armacuni” o baño diario.
- Eran importantes los baños termales para enfermedades de la piel.
- Impregnaban sus flechas clavándolas en cadáveres en avanzado estado de putrefacción lo que evidencia sus conocimientos acerca del valor tóxico de las ptomaínas cadavéricas.
- Desconocían el valor del pulso y tomaban la temperatura entre las cejas, a la altura de la base de la nariz.

En Perú, cuna del Imperio Inca, el ejercicio de la medicina estaba a cargo de los sacerdotes, “amautas”, dedicados al tratamiento de reyes, caciques, parientes y eclesiásticos, mientras que la gente del pueblo, transmitía de padres a hijos los conocimientos médicos, sin rendir ningún examen y sin criterio experimental.

Araucanos:

Poseían tres clases de médicos:

- “Ampives”, que eran herboristas
- “Vilens”, versados en parasitología.
- “Machis”, que eran hechiceros y exorcistas.

Charrúas:

El remedio universal a todos sus males consistía en chupar con fuerza el estómago del paciente para sacar el mal.

Guanas:

También curaban como los charrúas solo que la profesión estaba monopolizada por mujeres ancianas.

Mínuanes:

Curaban a sus enfermos chupándoles el es-

tómago con la particularidad de que la medicina era ejercida tanto por hombres como por mujeres.

Guaraníes:

Ayunaban durante el embarazo.

Tobas:

Ingerían el banga para evitar los vómitos incoercibles.

Aborígenes del Chaco:

No comían carne.

La mayoría de estos remedios contra la enfermedad como hemos mencionado anteriormente, venían siendo utilizados por los indios de forma milenaria y gran parte de ellos eran acompañados de un componente religioso, de manera que eran practicados como si de un ritual mágico se tratase en los cuales eran invocados sus Dioses de la Salud y la Enfermedad y; no deja de ser llamativo el ver cómo eran conocedores de ciertos tratamientos como la célebre sangría, que en Europa había adquirido gran prestigio sobre todo en la Edad Media.

III. LOS BARBEROS EN EL MEDIEVO Y EN LA EDAD MODERNA.

A lo largo de las diferentes etapas históricas podemos encontrar leyes y disposiciones relativas al ejercicio profesional de los barberos. En el Fuero Juzgo, cuerpo legislativo que rigió en la Península Ibérica durante la dominación visigoda de Hispania, aparece el término sangrador. Éste no debía sangrar a ninguna mujer sin que sus parientes estuviesen delante. En la Corona de Castilla, el Fuero Real de 1225 estableció una distinción entre médicos o “físicos” y cirujanos o “maestros de llagas”, dictándose algunos años después, las normas para el ejer-

cicio de los barberos, mediante el Código de Las Siete Partidas de Alfonso X *“El Sabio”*. Según este código los barberos o *“alfagemes”* debían afeitar en lugares apartados y no plazas y calles, con penas para aquellos que embriagados o sin conocimiento del oficio ocasionasen la muerte al afeitar o sangrar.

La separación de la Medicina y de la Cirugía era patente. Incluso había diferencias entre quiénes ejercían el oficio quirúrgico. Así, en el siglo XIII existían en la Corona de Aragón los médicos no cirujanos o *“metges de física”*, los médicos cirujanos o *“metges de cirugia”*, también llamados *“cirurgians de roba llarga”* y los *“cirurgians de roba corta”* o cirujanos barberos y sangradores que quedaban relegados a las cirugías menores tales como sacar muelas, poner ventosas, realizar sangrías... que venían siendo desempeñadas por los barberos en la Península Ibérica desde antes de la cristianidad.

Durante la Edad Media los gremios y cofradías desempeñaron un importante papel. El movimiento gremial no sólo afectó a las asociaciones de artesanos, sino también a las cofradías de otras profesiones liberales. Así, a partir del siglo XIV se fundaron las primeras Cofradías de Barberos y Cirujanos bajo la advocación de los Santos Patronos San Cosme y San Damián que eran instituciones de carácter religioso y benéfico aunque en sus Estatutos se dictaron normas sobre el ejercicio profesional. No en vano, para poder ejercer los cirujanos-barberos debían ser examinados por dos cirujanos de la cofradía.

En el siglo XV, la creación del Real Tribu-

nal del Protomedicato de Castilla durante el reinado de los Reyes Católicos supuso un importante avance para la regulación y el ordenamiento de las profesiones sanitarias, incluidos barberos y sangradores, que eran examinados en un principio por el Protobarberato, tribunal destinado para tal efecto [1].

Los Reyes Católicos en abril de 1500 por medio de una Ley Pragmática regularon las tareas y exámenes de los llamados *“barberos flomotomianos”*:

“Mandamos que los Barberos, i Exâminadores Mayores de aquí adelante no consientan, ni dèn lugar que ningún barbero, ni otra persona alguna pueda poner tienda para saxar, ni sangrar, ni echar sanguijuelas, ni ventosas, ni sacar dientes, ni muelas, sin ser exâminado primeramente por los dichos nuestros Barberos Mayores...”



Los barberos rapaban las barbas y si además eran aprobados por el Protobarberato tenían licencia para sajar, sangrar, aplicar ventosas y sanguijuelas y sacar dientes y muelas. (Grabados de Jost Amman, año 1568).

Claramente se establece la separación entre el oficio barberil y el de la flebotomía (sangría) y demás operaciones de la cirugía menor:

“...qualquiera, que quisiere, pueda afeitar de nabaja, ò de tixera, sin ser exâminado, i sin su licencia: pero mandamos que no pueda usar, ni use el Arte de la Flomotomia, ni sangrar, ni saxar, ni sacar diente, ni muela, sin ser exâminado como dicho es...”

Esta ley, así mismo, fijaba duras sanciones para aquellos que contraviniesen lo sancionado por sus majestades Isabel y Fernando:

“...qualquiera que usare de las cosas susodichas, ò de qualquier dellas, sin ser exâminado como dicho es, sea inhabil perpetuamente para usar del dicho oficio, i mas pague dos mil maravedís de pena para la nuestra Camara, i mil maravedís para los dichos nuestros Barberos Mayores; i por el mismo hecho aya perdido, i pierda la tienda, que assi tuviere puesta...”.

El aprendizaje de los futuros barberos comenzaba normalmente a la edad de 16 años, frecuentemente continuando con una tradición familiar, aprendiendo de sus padres o tíos (maestros examinados), los cuales ya estaban establecidos pero no siempre era así, pues muchas veces el aprendiz se colocaba en casa ajena, y era entonces cuando ambas partes formalizaban un contrato ante notario, por el que se comprometían maestro y aprendiz a una serie de derechos y obligaciones. El aspirante aprendería el arte de sangrador flebotomiano por espacio de cuatro años y a este contrato se le conocía como *“carta de asiento”*, *“asiento de aprendiz”* o *“contrato de aprendizaje”* (Martín Santos, 2000) que consistía en:

- El padre del aprendiz pagaba al barbero por esta enseñanza, para vestir a su hijo y para todo lo referente al oficio (tijeras y demás instrumental).

- El barbero se comprometía a enseñar el oficio, dar de comer, cama y ropa limpia al aprendiz, así como curar si este cayese enfermo durante los primeros ocho días, después, si continuase enfermo, correría por cuenta de su padre.

Al final, como parte del contrato, el maestro suministraba el instrumental necesario para el ejercicio autónomo del oficio por parte del nuevo barbero que consistía en:

“Un herramental de ofiçio en que aya quatro navajas e un par de tiseras e una piedra e dos lançetas [para sangrar] e un espejo e dos peynes todo bueno de dar e de tomar” (García Ballester, 2001).

Para poder acceder al examen los aspirantes al título de barbero debían reunir una serie de requisitos tales como:

- Probar la limpieza de sangre y certificado de buena conducta alusiva a la moral [2].
- Certificados de haber realizado prácticas indicando lugares, maestros y duración. Estos iban firmados por los alcaldes o corregidores de las villas y refrendados por los maestros y testigos.
- Una vez aceptadas las candidaturas se señalaba el día y hora de examen. Aprobado el examen teórico acerca del conocimiento de las venas, cuáles y cuántas son, y en qué lugares se reparten y de los nombres de ellas y del modo de sangrar, sajar y echar ventosas y sanguijuelas y sacar dientes y muelas y otras preguntas tocantes a dicho arte, se emplazaba a otro día para realizar el práctico en un hospital público ante notario y testigos presentes. Demostrada la habilidad y suficiencia del aspirante, se concedía *“carta de examen y licencia para poner tienda”* y practicar el arte de la flebotomía en todas las ciudades, villas y lugares del reino y señoríos de su majestad, previo juramento de practicar el arte *“bien y fielmente”* y *“asistir a los pobres de limosnas”*.
- Así mismo, se abstendrían de sangrar y sajar sin licencia y mandato de un físico o cirujano, salvo en los casos de *“esquinancia, caída o dolor de costado”*.

Los derechos de examen se fijaban en media anata, que era el equivalente a la mitad de

los emolumentos que podía producir el empleo en un año (Amezcuca Martínez, 1997).

Tras obtener “*carta de examen*” los nuevos barberos podían poner tienda pública o barbería que era lo más frecuente, bien sólo o con otro colega y compartir gastos y beneficios o; concertarse con algún hospital o con uno o varios pueblos – el salario normal del barbero-cirujano se situaba entre 5000 y 10000 maravedís (Rojo Vega, 1993) – y con mucha suerte, servir en casa de algún noble adinerado (Martín Santos, 2000).

También era habitual desde varios siglos atrás, la presencia de barberos en las expediciones a bordo de las galeras, donde fueron de gran ayuda en el tratamiento de las heridas y enfermedades de las gentes del mar (Cifuentes i Comamala, 2000).



Miguel de Cervantes, el más grande escritor de todos los tiempos era hijo del barbero Rodrigo de Cervantes. (Retrato atribuido a Juan de Jáuregui, año 1600).

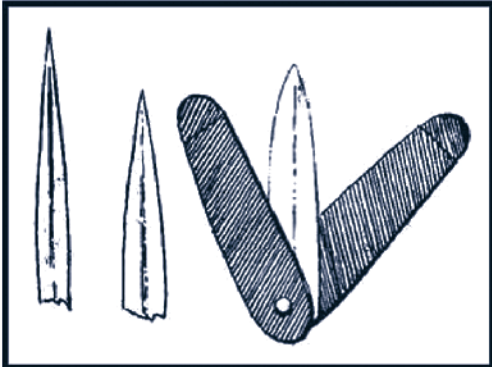
IV. LA TIENDA O BARBERÍA.

La tienda o barbería normalmente solía estar en el portal de una casa, que generalmente era en la que vivía el barbero, y sus reclamos eran la “*bacénica*” o palangana y la celosía o reja (López Acuña, 1952). Dentro de la tienda había bancos de madera para los clientes que esperaban su turno además de las “*sillas del oficio*” en la que se afeitaba y se sajava, además del “*cajón de tienda*” que guardaba paños y lienzos, cajitas, estuches, lanceteros y bolsas, donde se metían polvos, agujas, lancetas, hierbas... y los arcos que custodiaban los “*lienzos del oficio*” y la “*caja de hierro*” donde se recaudaba el dinero diario.

Las herramientas o instrumental de una barbería podían ser de varios tipos:

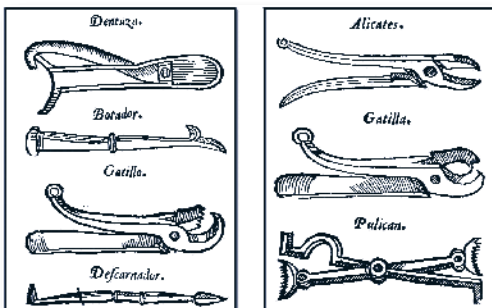
1. De barbería, tales como navajas, tijeras, peines, bacines y bacías que eran las vasijas que usaban los barberos para remojar la barba, con una escotadura semicircular en el borde. En la Edad Media eran redondas y en el siglo XVI de forma oval. En el siglo XVII pasaron a ser la enseña de los barberos y cirujanos, distinguiéndose sólo en que la de los primeros era blanca y la de los segundos amarilla. Se fabricaron de loza en el siglo XI, decoradas con figuras y adornos, siendo las más afamadas las de Talavera de la Reina. La bacía del barbero quedará inmortalizada por Cervantes en su obra universal *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de La Mancha* con el nombre del yelmo de Mambrino.
2. De cirugía, tales como jeringas y jeringuillas para lavativas; lancetas en sus tres variantes: grano de cebada (más apropiada para principiantes), lengua de serpiente y grano de avena; ventosas y sajadores para sangrar; medicamentos como tópicos y

ungüentos y; demás instrumental para otras intervenciones como pinzas, apos-temeros y embudos-sonda.



Diferentes tipos de lancetas. De izquierda a derecha: grano de cebada, lengua de serpiente o piramidal y grano de avena.

3. De odontología, para la extracción de piezas dentarias como el pulicán para sacar muelas muy dañadas y raigones; alicates para dientes sueltos y raíces muy superficiales; dentuza para caninos e incisivos; gatillo y gatilla para muelas pequeñas y; el descarnador, para separar el diente de la parte de encía que hay a su alrededor. Para la conservación de muelas y dientes se hacían cauterios con fuego y oro.



Hierros empleados por los barberos para sacar dientes y muelas.

V. LA LLEGADA DE LOS BARBEROS ESPAÑOLES A AMÉRICA.

Hasta ahora hemos definido de manera resumida el oficio barberil y su regulación en España durante la Edad Media y principios de la Edad Moderna. Muchos de estos barberos, tal vez movidos por el afán de ganarse un prestigio o simplemente huyendo de un mundo en el que no tenían cabida por no reunir las condiciones exigidas para revalidar el título ante el Proto barberato, decidieron partir y probar suerte en el Nuevo Mundo [3]. Cuando Hernán Cortés se embarcó para Veracruz, trajo consigo a dos de estos truhanes, Juan el Catalán y Juan de Murcia, los cuales se instalaron y llevaron a cabo sus actividades dentro de las huestes colonizadoras de la Nueva España, ocasionando innumerables problemas.

Los barberos flomotomianos, flebotomianos, flebotomistas o sangradores sobrevivirían casi cuatro siglos en la Península y en el Nuevo Continente acompañando a Colón en la aventura transoceánica como Maese Juan Sánchez, cirujano a bordo del primer viaje del descubridor a América y que quedó en La Española (Eseverri Chaverri, 1995). Desde entonces y por mucho tiempo, los que más llegaron para quedarse eran barberos. Del segundo viaje desembarcaron entre otros el barbero Melchor, y en 1519 Magallanes traía a bordo tres barberos.

Como se puede comprobar existía un predominio de los barberos sobre médicos y cirujanos en los primeros pobladores de América según el Índice Geobiográfico de Boyd-Bowman (Saturno Canelón, 1996):

- 1493-1519: 13 barberos, 8 cirujanos y 4 médicos.
- 1520-1539: 13 barberos, 9 cirujanos y 9 médicos.

VI. LOS BARBEROS Y EL NUEVO ORDENAMIENTO: EL PROTOMEDICATO DE INDIAS.

La práctica médica en los primeros años de presencia española en América dependió de Cabildos y Audiencias hasta la creación del Protomedicato de Indias en 1570. La asistencia sanitaria durante este periodo estuvo marcada por la fundación de gran número de hospitales y la escasez de facultativos, contrarrestada de manera alguna por los barberos que atendían a las necesidades más inmediatas con recursos traídos de la Península o con los asimilados de los aborígenes, aplicando destrezas quirúrgicas que dominaban y formando al nuevo personal en un conocimiento tan mestizo como sus alumnos, en el que la mayoría de los barberos eran nativos, y su diferencia con los médicos no estaba en la longitud de sus batas, sino que radicaba en el color de la piel (los pocos médicos de los siglos XVI y XVII eran blancos). La sangría la aprendieron de los barberos hispanos, ya que lo que antes practicaban los incas y aborígenes de toda la selva tropical americana, era la escarificación y posterior succión de las superficies escarificadas.

competencias sobre el examen de físicos, cirujanos, boticarios y flebotomianos y parteras, además de preparar informes en casos de epidemias, pero sobre todo incidió en el control de las boticas.

Instalado el Protomedicato en las Indias los requisitos para obtener la licencia de barbero no era muy distinto al modelo español (Lanning, 1997):

- Certificado de bautismo que probara la legitimidad o “limpieza de sangre”: debía ser hijo de “viejos cristianos”, “libres de toda mala raza de moros, indios y otros”.
- Probar haber servido tres años como aprendiz en un hospital o cuatro con cirujano o flebotomiano aprobado.
- Examen oral, por lo que podían pasar las pruebas sin leer ni escribir. Naturalmente el conocimiento de venas y arterias era fundamental si el sangrador quería evitar tragedias. Más allá de este conocimiento elemental, debía saber cómo sangrar adecuadamente y cómo aplicar ventosas o sanguijuelas. El que los examinadores esperaran que supiera como abrir úlceras y diviesos, así como la forma de



Barberos de color en Brasil, una visión aproximada del mestizaje de estos profesionales en Iberoamérica (Litografías de Jean Baptiste Debret, primera mitad siglo XIX).

Felipe II creó en 1570 el Protomedicato de Indias en México y Lima, sobre el modelo fundado por los Reyes Católicos: Consejo facultativo presidido por un Protomédico con

arreglárselas con accidentes y problemas inesperados indica que la ley, como era interpretada, no le confinaba sólo a las sangrías. También se hacían preguntas

relativas a la extracción de los dientes, particularmente molares. Tras aprobar el examen el barbero prestaba juramento de defender a la Purísima e Inmaculada Concepción. El secretario proporcionaba con detalle una descripción minuciosa del portador, incluyendo no sólo sus rasgos sino también la más mínima cicatriz, a fin de que ningún ladrón pudiera hacer valer este documento como propio ante cualquier funcionario. Cuando el flebotomiano había pasado por todas estas pruebas, pagaba la elevada cuota de 55 pesos y comenzaba su andadura. Para muestra el arancel vigente en México de 1759:

Examen de Flovotomianos:

“Por el examen de un Flovotomiano percibirá cada uno de los tres Protomédicos nueve pesos ocho p.s el Promotor Fiscal, tres p.s el Asesor, doce r.s el Mro. Sinodal, diez p.s el Escrivo tres p.s y seis r.s el Mntro. Egecutor, los dos p.s seis tom.s y seis gran.s del R.l dro. de media anata, que fuera de lo que se debe pagar de su regulación, y entero, y el importe del papel para el titulo, importan las partidas arriba referidas, cincuenta y cinco p.s, seis tom.s y seis gran.s” (Beltrán, 1937).

El sangrador sin licencia practicaba clandestinamente donde no había nadie más para socorrer a la gente a pesar de la Ley que promulgó Felipe II en 1579 en el Pardo y en la que prohibía a los Protomédicos otorgar licencias en las Indias a los barberos que no comparecieran personalmente al examen y se resultaran aprobados [4]. En el Virreinato de Río de la Plata si los infractores eran españoles se les multaba con dinero; y si eran indios, negros o mulatos, les aplicaban cien azotes. Algunas veces, con toda modestia el barbero solicitaba

al Real Protomedicato una licencia para practicar abiertamente, utilizando como método el testimonio de aquellos a quienes había salvado o ayudado para hacer ver que el público sufriría si no se le otorgaba dicha licencia. Pero en términos generales, al igual que en la Península se prohibió al barbero sangrar si no tenía la aprobación del Protomedicato. Los protomédicos daban por válido que una cortina y una bacía colgando eran los signos adecuados para un barbero. Decían que, si los sangradores al mismo tiempo exhibían su tradicional celosía y tarjeta, la distinción entre meros peluqueros y barberos, por una parte, y flebotomianos con licencia, por la otra, sería suficiente. A este respecto, Miguel Jose de Azanza, Virrey de Nueva España dispuso el 29 de marzo de 1799, al poco tiempo de llegar al Virreinato que:

“Por quanto se ha dudado si los Barberos están sujetos á sufrir exámen y obtener licencia del Real Tribunal del Protomedicato, y en algunas partes no se les permite exercer su oficio sin que precedan estas formalidades, de lo qual se me ha representado seguirse perjuicio á éstos y también al Público: por tanto he venido en declarar que, con arreglo á las leyes, los Barberos que puramente se exercitan en afeytar ó rasurar de navaja ó tixera, no necesitan de exámen ni de licencia, con tal que se abstengan de sangrar, sacar muelas, echar sanguijuelas ó ventosas, y practicar ninguna de las demás operaciones propias del arte de la Flebotomía, para exercitar el qual debe precisamente preceder la aprobación y permiso del expresado Real Tribunal. Y porque conviene que los puros Barberos no se confundan con los Sangradores, y el Público no padezca equivocaciones en este punto, mando que los primeros pongan indispensablemente en las puertas de sus tiendas cortina y vacía, y que los segundos distingnan las suyas como hasta ahora con celosía y tarjeta; teniendo entendido

los Barberos, que si se excedieren sangrando ó sacando muelas, el Visitador del Protomedicato procederá contra ellos con arreglo á las leyes. Y para que estas disposiciones lleguen á noticia de todos, ordeno se publiquen en esta Capital y en las demás Ciudades y Villas comprehendidas en el distrito y Virreynato”.

Aún así, debido a que muchos barberos sangraban fuera de sus establecimientos, hubo voces en el Nuevo Mundo a fin de que no se hiciese distinción y se examinaran a todos los barberos.

El instrumental empleado no sería distinto del empleado hasta entonces en España, si bien es verdad, que la llegada de los “hierros” para el ejercicio de la Odontología, marca la diferencia técnica entre la ciencia invasora y la autóctona, caracterizada por los procedimientos paliativos y algunas medidas profilácticas. Los pocos instrumentos dejados al morir por dos rapabarbas latinoamericanos también retratan sus rutinas de trabajo:

- Juan de Espinosa. Caracas, año 1636:

“un estuche aforrado en cordován con seis lancetas; una bolsita con herramientas de muelas con seis fierros; una vigornia con su martillo y un rascador y tres botadores de acero”.

- Pedro Brito. Guatemala, año 1768:

“un estuche de muelas, un estuche con seis lancetas, otro con tres lancetas, un par de ventosas, una redomita, una jeringa grande, una piedra de afilar, dos fierros de sacar muelas (...) una bigornia con su martillo (yunque de dos puntas para moldear los fierros con el martillo)”.

Debido a los excesivos gastos del viaje a la capital donde residía el Tribunal del Protomedicato, junto a las pérdidas que representaba abandonar sus establecimientos durante la ausencia prolongada, se permitió examinar a los flebotomianos en sus propios partidos, con

un aumento del costo de 5 pesos entre 20-40 leguas a la redonda de la ciudad de México; 7 pesos y 4 reales entre 40-60 leguas; 10 pesos más de 70 leguas. Esto también permitía la existencia de establecimientos más allá de las murallas, regentados por mestizos y donde atendían a los pobres. Aún así muchos sangradores se ocultaban en las ciudades, entre los puestos de las grandes plazas, allí cortaban barbas, sangraban...

VII. LIBROS PARA LA ENSEÑANZA DEL ARTE.

Para la enseñanza del arte de la flebotomía propiamente dicha se publicaron diversas obras al margen de los clásicos de la Cirugía como Guido, Saliceto, Lanfranco ... Si bien, no hemos de olvidar que el aprendizaje era más práctico que teórico, pues como ya señalamos, la pasantía al lado de un cirujano aprobado era el recurso más habitual para aquellos que trataban de ejercer como tales barberos-sangradores tanto a un lado como a otro del Atlántico, aunque ignoramos hasta que punto los aspirantes tenían acceso a estos tratados, pese a que los barberos demostraron ser más cultos de lo esperado. En los inventarios “*post mortem*” localizados figuran entre otros ítems, libros tocantes a las operaciones de cirugía (Rojó Vega, 1993).

Tampoco sabemos si todos los textos llegaron al Nuevo Mundo pero suponemos que al menos sí lo hicieron los publicados por órdenes religiosas como la de San Juan de Dios cuya presencia y labor fue destacada en América. De cualquier modo, citaremos algunas obras publicadas entre los siglos XVI-XVIII para el estudio de los flebotomianos:

- **Sevilla, 1512:** Juan de la Cueva publicó su libro Reglas de phlebotomía que tuvo una segunda edición en Salamanca en 1517.

- **Zaragoza, 1533:** Juan Lorenzo Carnicer, médico natural de Maella, publicó el libro Versión del francés al español del tratado de flebotomía de Antonio Aviñón que había visto la luz en Sevilla en 1518 con arreglo a los preceptos de la Escuela de Montpellier.
- **Burgos, 1547:** Tratado muy provechoso de la anatomía y flebotomía de venas y arterias, y de la anatomía de los nervios: con un tratado de ventosas y otro de sanguijuelas, con unas reglas generales para saber los días aptos para las sangrías del Doctor Francisco de Molina (Fernández Valladares, 2004).
- **Valladolid, 1557:** Coloquio breve y compendioso sobre la materia de la dentadura, y maravillosa obra de la boca de Francisco Martínez de Castrillo escrito en forma de diálogo. Fruto del éxito se hizo una edición posterior en Madrid en 1570 variando el título y estilo de redacción, estructurado como un libro más científico, Tratado breve y compendioso, sobre la maravillosa obra de la boca y dentadura. De este tratado se llegó a publicar una segunda edición en el mismo año y lugar (Martínez Sánchez, 1911). A México llegó en el año 1600 un ejemplar de la obra de Martínez de Castrillo de 1570 sumamente rara de la cual se dice hay únicamente cuatro ejemplares en todo el mundo (Sanfilippo, 1998).
- **Tratado de la dentadura, sus enfermedades y remedios. Manuscrito de Juan Bautista Xamarro, napolitano, barbero y sangrador de los pajes la Corona española, que lo dedica el 10 de junio de 1597 a Felipe III siendo éste Príncipe.** Parece estar inspirado en la obra del Licenciado Martínez de Castrillo, aunque algunos autores apuntan que se trata de un plagio descarado (Carreras Panchón, 1975b; Sanz Serrulla, 1999). También se le atribuye la autoría de Indicación de la sangría de 1604 publicada en Valladolid.
- **Madrid, 1597:** Arte de sacar dientes y muelas del que fuera dentista de Felipe II, Miguel Martínez de Leyva. Considerado como “libro fantasma” por algunos historiadores (Carreras Panchón, 1975b) ya que su existencia no se ha podido comprobar.
- **Valladolid, 1604:** Defensa de las criaturas de tierna edad... de Cristóbal Pérez de Herrera. Trata de la práctica de la sangría, la aplicación de ventosas y cornetillas en lactantes (Ventosa Esquinaldo, 1994).
- **Sevilla, 1618:** Tratado de Flebotomía de Cristóbal Granada.
- **Valencia, 1621:** Instrucción de los barberos flebotomianos de Alonso Muñoz, Sangrador Real, Protobarbero y Examinador general de los barberos flebotomianos del Reino. Incluida dentro de la obra de Andrés de Tamayo Tratados Breves de Algebra, y Garrotillo.
- **Barcelona, 1627:** Tratado breve de Flobotomía de Diego Pérez de Bustos, Sangrador de Cámara y Protobarbero Real, Alcalde y Examinador Mayor de todos los barberos flebotomianos del Reino. Suponemos que tuvo una gran aceptación, pues varias son las ediciones que del mismo se llegaron a publicar en diferentes plazas: Barcelona en 1709 y 1718; Madrid en 1630, 1677 y 1701 y; Valencia en 1700.
- **Madrid, 1625:** Instrucción de enfermeros escrito por el Enfermero Mayor del Hospital General de Madrid Andrés Fernández y Hermano Mayor de la Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres fundada por el Venerable Bernardino de Obregón. Si bien es cierto que la primera edición data de 1617 escrita a instancia del fundador de la Congregación, hubo además de esta publicación de 1625, otras posteriores en Zaragoza en 1664 y; Madrid en 1680 y 1728.

- **Directorio de Enfermeros de Simón López barbero de los hospitales de Castilla. Concluida en 1651**, no se llegó a publicar pero hemos querido hacer reseña de esta obra escrita por un barbero.
- **Sevilla, 1653:** Cuestión en la cual se intenta averiguar cómo, y de que venas, y de que partes se deba sangrar en las enfermedades que curamos escrito por el doctor Pedro de Ahumada. Se trata de una obra confusa, paradigma de la peor medicina del XVII: oscura, farragosa, pretendidamente erudita. Meritoria únicamente por su brevedad, aspira a ilustrar sobre las indicaciones de la flebotomía más que sobre la forma de realizar ésta (Carreras Panchón, 1974).
- **Malinas, 1674:** Compendio de los tratados de Flobotomía: Capítulo singular y cartapacio de cirugía. Es una recopilación de diferentes autores hecha por el Padre Fray Francisco de la Cruz, Superior de los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios.
- **Toledo, 1679:** Perfecto practicante cirujano y de morbo gálico de Antonio Trilla Muñoz.
- **Valencia, 1683:** Breve compendio de Cirugía de Fray Matías de Quintanilla, Cirujano mayor del Hospital de Antón Martín de Madrid y General de la Orden de San Juan de Dios. Se publicaron al menos en Valencia, otra edición en 1705.
- **Madrid, 1717:** Doctrina Moderna para los Sangradores del francés Ricardo Le Preux, Primer Cirujano y Sangrador de la reina María Luisa de Saboya y de los infantes y también Alcalde y Examinador Mayor del Real Protobarberato. Obra de suma aceptación por parte de los flebotomianos, buena prueba de ello son las edicio-

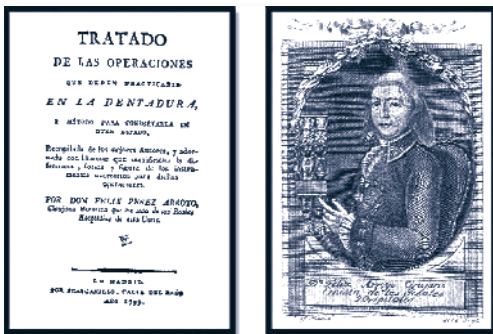
- nes que se llegaron a imprimir durante más de un siglo. A saber en Madrid en 1721, 1724, 1741, ¿1760?, 1775, 1778, 1788, 1802, 1825 y 1840 y; Valencia en 1817 y 1822. Incluso hay autores que señalan su publicación en Salamanca (López Piñero, 1991 y 1992).
- **Málaga, 1760:** Disertación sobre la sangría memoria presentada a la Academia de Ciencias Naturales y Buenas Letras de Málaga el 15 de noviembre de 1578 por Manuel Fernández Barea quien publicó ese mismo año en Granada Diálogos entre el médico y el Practicante que dedica una pequeña parte a temas relacionados con la boca.
- **Madrid, 1764:** Tratado odontálgico en el que se exponen las enfermedades de la dentadura, y los medios así manuales como medicinales propios a corregir sus vicios y a conservar su limpieza escrito por Pierre Abadie, Sangrador y Dentista de Carlos III. En 1784 se publicó también en Madrid una segunda edición.
- **Madrid, 1794:** Tratado Completo de la Flebotomía u operación de la sangría de Juan Fernández Valle, Profesor de Cirugía y segundo Ayudante de Anatomía en el Real Hospital General de Madrid.
- **Madrid, 1795:** Tratado de las enfermedades de la boca sobre todas las partes del Arte del



Portadas de las diferentes obras para la enseñanza de los barberos flebotomianos.

dentista de Francisco Antonio Peláez, Cirujano de la Corte y Dentista de los Reales Hospitales. También fomentó la actividad privada ofreciendo sus servicios en madrileña la calle de Juanelo número 10 (Sanz Serrulla, 2001). Dos años más tarde, se publicaba una segunda edición en Madrid de esta obra de Peláez.

- Madrid, 1799: Tratado de las operaciones que deben practicarse en la dentadura, y método para conservarla en buen estado de Félix Pérez Arroyo, Cirujano Hernista de los Reales Hospitales.



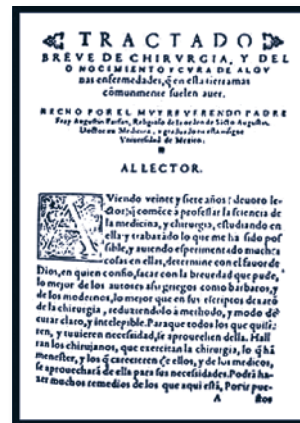
Portada de la obra de Félix Pérez Arroyo que incluye un retrato del autor: barberos flebotomianos.

Sin contar con la edición mejicana del ya mencionado tratado de Le Preux y que fue escrito en 1824 (Sanfilippo, 1998), tan sólo hemos localizado dos títulos que fueron publicados en el siglo XVI en Iberoamérica, también en México y que tal vez pudieron servir como ayuda para el estudio de los sangradores:

- Suma y recopilación de cirugía, con un arte para sangrar muy útil y provechosa del cirujano y enfermero Alonso López de Hinojosos en 1578. Contiene un tratado o capítulo segundo de la sangría artificial donde se define la sangría, se indica la manera más correcta de realizarla y se hacen algunas consideraciones sobre el modo de aplicar ventosas y sanguijuelas. Unas nociones anatómicas sobre

la distribución de las venas contribuyen a facilitar la comprensión del texto. En 1595 se publicó en México también una segunda edición aumentada con algunas nociones sobre el reuma.

- Tratado breve de cirugía y del conocimiento y cura de algunas enfermedades que en esta tierra más comúnmente suele haber publicado en 1592. Su autor fue Fray Agustín Farfán, Religioso de la Orden de Santo Agustín y Doctor en Medicina graduado en la Universidad de México.



Portada de la obra de Fray Agustín Farfán publicada en México en 1592.

VIII. CONCLUSIONES.

Desde el comienzo de la colonización las cosas funcionaron más bien por inercia... A lo largo de la obra de Saturno Canelón podemos encontrar casos no exentos de controversia, pero en los que se eleva la figura del barbero sangrador como único elemento de curación en muchos casos. Así, describe este autor algunos casos como en 1525, el Ayuntamiento de Ciudad de México contrata a un barbero y cirujano para que ejerza y enseñe el oficio y en 1527 da licencia a otro barbero para atender a los enfermos de bubas. En el Perú, muchos de ellos acompañaban a los ejércitos y, junto a cirujanos, atendían a heridos y fracturados.

En 1538, el Cabildo limeño había autorizado a un barbero Juan López para “intervenir en cosas de la cirugía, siempre que éstas no fueran de mucha importancia”. Después, ocasionalmente, se dictaban inútiles medidas para reprimir el ejercicio ilegal; una de ellas decretó que siendo los barberos quienes curaban, antes de hacerlo, debían mostrar sus títulos. Como contrapartida, en Huamanga en 1552 a falta de médico, un barbero recibió licencia para ejercer como tal. En 1604, en Córdoba, un barbero fue licenciado para ejercer como médico en el hospital; en 1610 se graduó el primer galeno en Buenos Aires, pero dos años después, al único barbero-cirujano allí existente le prohibieron irse a Brasil y le asignaron una remuneración. Entre 1620 y 1622, durante la epidemia de viruela, no hubo médico en Buenos Aires. Al único representante del arte de curar residente en Guayaquil en 1636 – un barbero sangrador – también debieron suplicarle que se quedara. Durante la primera mitad del siglo, los médicos y cirujanos en toda Centroamérica no pasaron de doce... A lo largo del siglo XVII aparecen dos referencias a la práctica de un maestro barbero en el hospital San Alexo de Guatemala. El informe de la autopsia realizada por un barbero, el cual denotaba una buena base de conocimientos anatómicos y fisiológicos...

Durante el siglo XVIII los barberos indígenas quiteños adquirieron notable notoriedad: uno de ellos, Juan Coronado, conquistó por concurso, el cargo de Maestro Mayor y fue encomiado por el Protomédico Bentbol; Blas Huatimpas fue ensalzado como un gran estudioso, y hasta tenido como un santo. Los científicos españoles Antonio Ulloa y Jorge Juan destacaron el prestigio y destreza de estos prácticos, y además, describieron su llamativa indumentaria: camisa bordada, pantalones

blancos de extremos bordados y zapatos con hebillas de plata...

Concluimos por tanto que dada la escasez de médicos y cirujanos en las colonias, la figura del barbero-sangrador se convirtió en un elemento esencial en la medicina colonial pues tuvo una gran actividad, siendo – como ya se ha señalado previamente – en muchos casos el único referente al que acudir en caso de enfermedad, además de introducir la Odontología en el Nuevo Mundo y que a la postre daría lugar a la escisión de estos Cirujanos-Sangradores para convertirse más tarde en Cirujanos-Dentistas.

BIBLIOGRAFÍA.

- Aliaga Pérez, A. et al (2005): Del arte de curar en los tiempos de Don Quijote (médicos, cirujanos, barberos y similares). ACV Ediciones, Barcelona.
- Álvarez-Sierra, J. (1961): Historia de la cirugía española, con diccionario biobibliográfico de cirujanos españoles, hispanoamericanos y filipinos. Diana, Artes Gráficas, Madrid.
- Amezcua Martínez, M. (1997): Barberos y sangradores flebotomianos en Granada: norma y sociedad en los siglos XVII y XVIII. Cultura de los Cuidados 1, 31-36.
- Arribas Martín, J. M. (2005): Breve compendio de cirugía de Matías de Quintanilla O. H. Archivo Hospitalario. Revista de Historia de la Orden de San Juan de Dios, 3, 571-575.
- Astrain Gallart, M. (1996): Barberos, cirujanos y gente de mar. La sanidad naval y la profesión quirúrgica en la España ilustrada. Ministerio de Defensa, Madrid.
- Barceló Serra, P. (1991): Historia de la Odontología Balear 1875-1936. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Beltrán, J. R. (1937): Historia del Protomedicato de Buenos Aires. El Ateneo, Buenos Aires.
- Carreras Panchón, A. (1974): Las actividades de los barberos durante los siglos XVI al XVIII. Cuadernos de Historia de la Medicina Española, 13, 205-218.

- Carreras Panchón, A. (1975a): Enfermeros y barberos en el siglo XVII según el manuscrito de Simón López. En Actas del IV Congreso Español de Historia de la Medicina, Granada 24-26 de abril de 1973, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Granada-Obra Cultural de la Caja de Ahorros de Granada, Granada, Tomo III, pp 247-250.
- Carreras Panchón, A. (1975b): La Odontología en España durante los siglos XVI y XVII. Cuadernos de Historia de la Medicina Española, 14, 43-54.
- Cifuentes i Comamala, L. (2000): La medicina en las galeras de la Corona de Aragón a finales de la Edad Media: la caja del barbero y sus libros. Medicina & Historia. Revista de Estudios Históricos de las Ciencias Médicas, 4, 1-15.
- Donahue, M. P. (1985): Historia de la Enfermería. Ediciones Doyma, Barcelona.
- Eserverri Chaverri, C. (1995): Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana. Universitas, Madrid.
- Fernández Valladares, M. (2004): Otro libro para maese Nicolás: un raro tratado de flebotomía para barberos impreso en Burgos como librito de cordel. En Siglos dorados: homenaje a Agustín Redondo, (Civil, P. coord.), Editorial Castalia, Madrid, Tomo I, pp 435-447.
- Fernández Valladares, M. (2005): La imprenta en Burgos (1501-1600). Arco/Libros, S. L., Madrid, Volumen I.
- García Ballester, L. (2001): La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval. Península, Barcelona.
- García Martínez, A. C., et al: (1993): Presentación y análisis de la obra "Instrucción de enfermeros de Andrés Fernández", 1625. Aproximación a la Enfermería española de los siglos XVI-XVII. Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería de España, Madrid.
- Jamieson, E. M., Sewall, M. F. y Suhrie, E. B. (1968): Historia de la Enfermería. Interamericana, México.
- Laín Entralgo, P. (1971): Historia Universal de la Medicina. Salvat Editores, S. A. Barcelona, Tomo I.
- Lanning, J. T. (1997): El Real Protomedicato. La Reglamentación de la profesión médica en el Imperio Español. Traducción Miriam de los Ángeles Díaz Córdoba-José Luis Fernández Soberanes. Facultad de Medicina-Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- López Acuña, A. (1952): Una curiosa profesión liberal en el siglo XVIII. Barberos sangradores y Cirujanos. Boletín de la Comisión Provincial de Monumentos Históricos y Artísticos de Lugo, 36, 292-295.
- López Piñero, J. M. et al (1987): Bibliographia médica hispánica 1475-1950. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Universidad de Valencia-CSIC, Valencia. Volumen I: Libros y Folletos, 1475-1600.
- López Piñero, J. M. et al (1989): Bibliographia médica hispánica 1475-1950. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Universidad de Valencia-CSIC, Valencia. Volumen II: Libros y Folletos, 1601-1700.
- López Piñero, J. M. et al (1991): Bibliographia médica hispánica 1475-1950. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Universidad de Valencia-CSIC, Valencia. Volumen IV: Libros y Folletos, 1801-1850.
- López Piñero, J. M. et al (1992): Bibliographia médica hispánica 1475-1950. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Universidad de Valencia-CSIC, Valencia. Volumen III: Libros y Folletos, 1701-1800.
- Loste Echeto, L. (1948): Estatutos de la Primitiva Cofradía de Médicos, Boticarios y Cirujanos de Huesca (Siglo XV). Medicamenta. Revista de Estudios y Trabajos Profesionales de Ciencias Médicas, 152, 109-111.
- Martín Santos, L. (2000): Barberos y Cirujanos de los siglos XVI y XVII. Consejería de Educación y Cultura de la Junta de Castilla y León, Salamanca.
- Martínez Sánchez, J. (1911): Bibliografía de la Odontología Española. Índice para formar un catálogo razonado, de las obras impresas en castellano que tratan sobre el Arte del Dentista. Imprenta de La Odontología, Madrid.
- Moll, A. A. (1944): Aesculapius in Latin America. W. B. Saunders Company, Philadelphia.
- Parrilla Hermida, M. (1975): Ricardo Lepreux y su manual para los sangradores. Medicina Española, 74, 183-188.

- Rodríguez Perales, R. M. (2006): Aportaciones didácticas de un tratado para practicantes escrito en el siglo XVII: “Compendio de los tratados de flobotomía: capítulo singular y cartapacio de cirugía”. Archivo Hospitalario. Revista de Historia de la Orden de San Juan de Dios, 4, 455-473.
- Rojo Vega, A. (1993): Enfermos y sanadores en la Castilla del siglo XVI. Secretariado de Publicaciones. Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Sanfilippo, B, J. (1998): Antes de hace veinticinco años o en dónde se enseñaba la odontología en México. Revista ADM, Órgano Oficial de la Asociación Dental Mexicana-Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas A.C., 3, 150-156.
- Sanz Serrulla, J. (1999): Historia General de la Odontología Española. Masson, S. A., Barcelona.
- Sanz Serrulla, J. (2001): Diccionario histórico de dentistas españoles. Acción Médica, S. A. Madrid.
- Saturno Canelón, J. (1996): Barberos y sucesores. Medio milenio de Odontología en Iberoamérica. Monte Ávila Editores, Caracas.
- Ventosa Esquinaldo, F. (1994): La profesionalización de los cuidados en España. Los manuales de técnicas. Índice de Enfermería, 8-9, 9-14.
- Ventosa Esquinaldo, F. (2000): Barbero-sangrador-flebotomiano. Híades. Revista de Historia de la Enfermería, 7, 209-217.

REPERTORIOS LEGISLATIVOS.

- Bando del virrey Azanza, México, 29 de marzo de 1799.
- El Fuero Real de España. Madrid, 1781. Oficina de Pantaleón Aznar, Tomo II.
- Fuero Juzgo en latín y castellano. Madrid, 1815. Ibarra, Impresor de Cámara de S. M.
- Las Siete Partidas del Rey Don Alfonso El Sabio. Madrid, 1807. Imprenta Real, Tomo III.
- Leyes de Recopilación. Madrid, 1775. Imprenta de Pedro Marín, Tomo I.
- Novísima Recopilación de las Leyes de España. Madrid, 1805. Imprenta de Sancha. Tomos IV-V.
- Recopilación de las Leyes de los Reynos de las Indias. Imprenta de Julián de Paredes. Madrid, 1681. Tomo II.

NOTAS.

- [1] Con el transcurso del tiempo el Tribunal del Protoberato pasó a formar parte del Protomedicato hasta su completa desaparición mediante una Real Cédula de Carlos III de 13 de abril de 1780: “Gobernada la Cirugía por sus propios facultativos, reunirá en sí el examen y aprobación de sangradores, y el conocimiento de todas las cosas, que hasta aquí haya concedido el Tribunal del Protoberato, quedando éste suprimido en todas sus partes”.
- [2] Acerca de la limpieza de sangre los Reyes Católicos en Granada promulgaron por pragmática de 30 de septiembre de 1501 la siguiente ley: “Mandamos, que los reconciliados por el delito de la heregía, y apostasía, ni los hijos y nietos de quemados y condenados por el dicho delito hasta la segunda generación por línea masculina, y hasta la primera por línea femenina, no puedan ser ni sean del nuestro Consejo, ni Oidores de las nuestras Audiencias...ni Físico ni Cirujano, ni Boticario, ni tener otro oficio público, ni Real en alguna de las ciudades, y villas y lugares de los nuestros Reynos, y Señoríos...”.
- [3] Traducido al castellano de Moll: “Inadaptados del Viejo Mundo, fracasados, ansiosos de probar en un nuevo campo, insatisfechas mediocridades, aventureros, piadosos hombres de Dios, un ocasional degollador o criminal, y aquí y allá un hombre de ciencia y puede que hasta un genio, de todo había entre los tempranos practicantes atraídos a América por la esperanza de mejorar su suerte, si no ganando riquezas, haciéndose un nombre”.
- [4] “MANDAMOS, Que los Protomédicos no den licencia en las Indias á ningún Médico, Cirujano, Boticario, Barbero, Algebrísta, ni á los demás, que exerce la Facultad de Medicina, y de Cirugia, fi no parecieren perfonalmente ante ellos á fer examinados, y los hallaren habiles y suficientes para vfar, y exercer...”.

Antropología

Las categorías de género vistas por los jóvenes universitarios de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cádiz

Gender categories seen by university students in the School of Nursing at the University of Cádiz

As categorias de gênero visto por estudantes universitários da Escola de Enfermagem da Universidade de Cádiz

¹Lazaro González Calvo, ²Alvaro Bernalte Benazet

¹Enfermero y Ldo. Antropóloga social y cultural. Mozambique.

²Antropólogo Social y Cultural, Dr. en Medicina. Universidad de Cádiz (UCA), Facultad de Enfermería. Algeciras.



Gender categories seen by university students in the School of Nursing at the University of Cádiz

ABSTRACT

Objective. Our aim has been closer to the vision of young people about the current meanings of masculine and feminine, defined as objects of study to final year university nursing.

Methodology. Our position is qualitative ontologically and epistemologically constructivist, using techniques: participant observation, the nominal group technique and focus group techniques.

Results. The results are that the current female profile is based on the following terms: independent, feisty, single, self, and emotional and men as follows: honest, hardworking, strong, sensitive, and tolerant.

Conclusions. Among the findings could point out that men and women who seemed to be simply human beings in their conversations, do not agree on any ITEM descriptive of the masculine and feminine words are different than they were previously mentioned stereotypes, but still do not agree no point profiles.

Keywords: women's perception, perception of male.

As categorias de gênero visto por estudantes universitários da Escola de Enfermagem da Universidade de Cádiz

RESUMO

Objetivo. Nosso objetivo tem sido mais próximo da visão dos jovens sobre o signifi-

cado atual do masculino e feminino, definidos como objetos de estudo para a enfermagem do último ano de universidade.

Metodologia. Nossa posição é de natureza qualitativa ontologicamente, e epistemologicamente construtivista, utilizando técnicas: observação participante, a técnica de grupo nominal e as técnicas de grupo focal.

Resultados. Os resultados são que o perfil atual do sexo feminino baseia-se nos seguintes termos: independente, resoluto, único, e emocionais e os homens como se segue: honesto, trabalhador, forte, sensível e tolerante.

Conclusões. Entre os resultados poderiam indicar que homens e mulheres que pareciam estar simplesmente seres humanos em suas conversas, não concordar com qualquer elemento descritivo de masculino e feminino são diferentes do que eram anteriormente mencionado estereótipos, mas ainda não correspondem os perfis em qualquer ponto.

Palavras-chave: percepção das mulheres, a percepção do sexo masculino.

RESUMEN

Objetivo. Nuestro objetivo ha sido acercarnos a la visión de los jóvenes sobre los significados actuales de lo masculino y lo femenino, definiendo como sujetos de estudio a los universitarios de último curso de Enfermería.

Metodología. Ontológicamente nuestra posición es cualitativa, y epistemológicamente constructivista, utilizando como técnicas: la observación participante, la técnica de grupo nominal y la técnica de grupo focal.

Resultados. Los resultados son que el perfil femenino actual está basado en los siguientes términos: independiente, luchadora, única, autosuficiente, y sentimental y el masculino de la siguiente forma: honrado, trabajador, fuerte,

sensible, y tolerante. Conclusiones. Entre las conclusiones podríamos destacar que hombres y mujeres que parecían ser simplemente seres humanos en sus conversaciones, no coinciden en ningún ÍTEM descriptivo de lo masculino y lo femenino, es decir son diferentes a lo que eran antes los estereotipos mencionados, pero siguen sin coincidir en ningún punto los perfiles.

Palabras clave: percepción de femenino; percepción de masculino.

INTRODUCCIÓN

Para nosotros la preocupación por los significados había sido estimulada por un desarrollo conceptual de Geertz en cuanto a la cultura, ya que este explicaba la existencia de dos tipos de información necesarios para la vida de los humanos, la una que nos llega con los genes y la otra con la cultura.

Entre las aportaciones, es decir aquello que nos es transmitido mediante nuestra enculturación, las categorizaciones (divisiones al fin y al cabo) son una buena muestra de ello, por ejemplo la debida al sexo/género, que implican de forma importante nuestro futuro como seres humanos.

Todas las sociedades buscan dotarse de valores y criterios para garantizar su reproducción, tomar decisiones, organizar la producción y regular sus intercambios. En esta tarea se establecen una serie de roles y clasificaciones que permiten su funcionamiento. Una de las clasificaciones determinantes en la organización social de todos los pueblos ha sido la “división” entre lo femenino y lo masculino, que ha tomado como base las diferencias sexuales entre hombres y mujeres. La mayoría de las culturas construyeron sobre esas distinciones biológicas, un conjunto de atributos,

roles, percepciones, prescripciones, derechos y obligaciones, elementos estos, que acabaron siendo percibidos como naturales, generando una confusión entre sexo (lo biológico) y género (lo social), como comenta Miano, M. (2002:25): “El género es una dimensión fundamental de las relaciones sociales que en nuestra sociedad expresa, junto con las diferencias de clase o estratificación social y étnicas, otra dimensión de la desigualdad social”

El concepto sexo hace referencia a las condiciones orgánicas que establecen las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, condiciones congénitas y universales. El concepto género es fundamental para entender su lugar estructurante en las relaciones sociales (principio de ordenamiento jerárquico de la práctica social) y para su análisis se requiere establecer: primero, la relación entre sexo y género y segundo, los efectos de tal distinción.

El concepto de género, incluye además, las características socioculturales e históricas que determinan la forma de interacción entre hombres y mujeres, la división de funciones y las características modificables en el tiempo y que varían ampliamente de una cultura a otra. Bajo esta acepción, género es una categoría social que permite analizar las responsabilidades, limitaciones, papeles y oportunidades diferentes, para hombres y mujeres en el interior de su unidad familiar, comunidad, escuela, cultura y unidad de producción, entre otras, en tanto que producción social se presenta a los individuos como una realidad objetiva y subjetiva, recreada por ellos “los actores sociales”, con base en los significados proporcionados por la historia, la cultura y el lenguaje.

Esta temática (vigente: como síntoma social), así como por nuestra preocupación como antropólogos y sanitarios, ante la realidad social que nos acontece, donde se desdibujan

estas prescripciones (discurso cultural: sobre lo masculino y femenino), deconstrucción del género, dando paso a nuevas resignificaciones, sobre todo en los jóvenes, quienes reconstruyen el discurso (lo definen), que les servirá como “guión o papel” en la sociedad, siendo este proceso (nuestro objeto de atención), en definitiva lo que nos ha conducido, hacia nuestra perspectiva investigadora, focalizando en lo que definimos como sistema: “sexo/género”.

Por ello la selección de los sujetos de estudio han sido jóvenes, que eran los alumnos con mayor trayectoria universitaria, de la actual Facultad de Enfermería de la Universidad de Cádiz, es decir los alumnos de último año de carrera.

La revisión sobre dicha temática es compleja, por el ingente material y el número de autores que han abordado la cuestión, la revisión inicial de manuales, que hubieran tocado con cierta profundidad el sistema de género, e insistimos prioritariamente desde la Antropología; y nuestra segunda fase fue la revisión de artículos de interés.

Obviamente, pues, nuestra aproximación a la bibliografía viene dada por el objeto que nos preocupaba, que no es otro que: “el significado que los jóvenes dan a las categorías culturales denominadas género”.

Debemos mencionar que existe una literatura amplia sobre feminismo, o lo femenino, no así sobre lo masculino, ello es debido al trabajo de las autoras de las tres oleadas feministas, pero que implica a veces una confusión entre género y femenino.

Estas categorías no han sido dos en todas las culturas, sabemos de la existencia en las tribus norteamericanas de los Berdaches de la tribu Crown, y en la actualidad- de los muxe’ en el México Zapoteca; una concepción que nos puede parecer más moderna que las que

oímos a nuestro alrededor, crear posibilidades para que las personas se identifiquen con categorías que responden a sus formas de entender la vida social y el mundo, y que les permiten un desarrollo en la sociedad y no una estigmatización.

Cómo nos vamos a aproximar una realidad social a estudiar, depende en gran medida de nuestra concepción de la realidad, de su naturaleza. Para nosotros esta es cognoscible en la vida cotidiana de los actores sociales, pues son ellos quienes crean esa realidad, conocen “el porqué” de sus acciones, y son capaces de transmitirlo a los investigadores; por tanto nuestra postura es cualitativa, pero no antipositivista, pues como Bericat, creemos que la utilización de otro tipo de técnicas nos ayuda a ir, a veces más lejos en nuestras investigaciones.

MARCO TEÓRICO

Nuestro marco teórico, podemos definirlo en cuanto a la ontología como una mirada hermenéutica cuyo foco central de análisis, comprende la perspectiva de los actores observados, es decir los jóvenes alumnos de Enfermería; epistemológicamente adoptaremos como perspectiva la constructivista que mantiene una posición relativista de la realidad social, realidad que se construye sobre la base de las interacciones en la vida cotidiana, y que entiende que los sujetos conocen y pueden explicar sus actos y motivaciones; y metodológicamente nos situaremos en el campo de la etnografía, por tanto utilizaremos una metodología basada en el trabajo de campo, en el estar en contacto con los jóvenes y utilizar la observación participante, entrevistas, y algunas técnicas de grupo focales.

Pero nos gusta pensar como opinan Coffey; Atkinson (2005:17) “La búsqueda del método perfecto de análisis de datos es in-

fructuosa” y tener la certeza que no tenemos la única manera correcta de analizar nuestra información, tal como establecen los mismos autores, así partiendo de un cierto eclecticismo, solo hay que buscar cuál es la más interesante para nuestros datos “No hay una sola manera correcta de analizar los datos cualitativos; además, es esencial hallar modos de usar los datos para pensar con ellos. Tenemos que encontrar los modos más productivos de organizar e inspeccionar nuestros materiales.” (2005:17).

MÉTODO

Las actividades previas fueron: la solicitud de permiso para realizar este estudio en la Escuela Universitaria de Enfermería de Algeciras de la Universidad de Cádiz; la definición del rol de los investigadores como investigadores sociales inexpertos; definir las fechas y el cronograma para las actividades, y solicitar alumnos voluntarios para participar en las técnicas

Definimos nuestras unidades de observación y análisis de la siguiente forma: nuestra unidad de observación serían los alumnos con mayor trayectoria universitaria de la Escuela de Enfermería de Algeciras, es decir los alumnos de último año de carrera; y nuestras unidades de análisis: la categoría femenino, la categoría masculino, cruzadas por el género de los informantes, y nuestra observación participante como coordinadores y analistas de las técnicas.

En esta etnografía utilizamos en el trabajo de campo: la observación participante, la técnica de grupo nominal (TGN) y la técnica de grupos focales (TGF). Las TGN tenían como objetivo que alumnos y alumnas definieran terminológicamente, lo que ellos y ellas entendían como términos que perfilaban actualmente lo masculino y lo femenino respectivamente, y la importancia de cada uno de ellos;

los grupos focales posteriores nos permitieron establecer claramente el significado de los términos obtenidos, también de forma diferenciada por género.

A continuación la TGN conjunta revisó el trabajo de los grupos anteriores, volviendo a valorar, conjuntamente, ambos perfiles; realizándose una TGF, donde se definieron los términos de estos dos perfiles.

El Universo a estudiar eran los alumnos de 3er año de la Escuela Universitaria de Enfermería de Algeciras de la Universidad de Cádiz; las muestras escogidas fueron tres para adaptarse a la dimensión que permitían las propias técnicas, y su elección al azar por su intencionalidad de participar hasta obtener el número deseado: así las alumnas que se presentaron voluntarias para realizar unas técnicas grupales con ellas; los alumnos que se presentaron voluntarios para realizar unas técnicas grupales con ellos; y las alumnas y alumnos, que entre los anteriores se presentaron voluntarios para las últimas dos técnicas conjuntas.

RESULTADOS

La TGN con alumnas definió un perfil de lo femenino basado en los siguientes Items: independiente, luchadora, única, liberal, autosuficiente y persona, por este orden de importancia (Tabla nº 1); la TGN con alumnos definió lo masculino con los siguientes términos: honrado, trabajador, leal, fuerte, sensible y tolerante (Tabla nº 2).

Las TGFs con alumnos o alumnas definieron los términos aportados por las anteriores técnicas, así las alumnas definían: independiente con “no depender de nadie” y matizándose en la “no dependencia económica” y la “no dependencia emocional”; el término luchadora, en que las mujeres habían sido luchadoras por definición y por lo tanto como obligación



cultural y social; pero que hoy día se entendía por mujer luchadora “la que lucha en pos de sus objetivos personales”; por única, aunque inicialmente no había acuerdo, y el consenso se establecía con respecto a este término, tardó en llegar, la consideración de “única no como miembro de una categoría (hembra, mujer, mari,...) sino como un ser absolutamente individual y diferente a los / las demás”, lo cual implicaba o reforzaba como pensamiento la salud mental; por liberal, reconocemos que este término produjo un cierto revuelo, la discusión fue más generalizada, pero se llegó a un acuerdo, considerando que se refería a “liberal como una actitud de tolerancia”, y “como una situación de poder elegir”; el concepto de autosuficiente, hizo al grupo divagar, a pesar de ser reconducido varias veces por el moderador, la autosuficiencia “parecía romper con el estatus y los roles de la mujer tradicional” y planteaba a una mujer “cuyo valor se debía a sí misma”, y que “necesitaba menos de los demás”; por último sobre persona, hubo mucha controversia, pero quizás el punto de encuentro fue “no ser encasillada en una categoría” “evitar la cosificación (objeto) que imprimen ciertas categorías como las de género”.

Los alumnos tipificaron lo masculino en esta TGN (Tablas nº 3 y nº 4) de la siguiente forma: honrado, la idea que llevo a todos a

una aceptación del término tal como se debía entender hoy día, era: “un hombre con una forma de ser confiable” es decir que “se puede confiar en él y él tiene confianza en los demás”; trabajador, fueron aproximándose al concepto, hablando de: “perseverancia”, siempre intentar estar al día” (aquí se ve una influencia del entorno competitivo en que se desarrolla la vida de los profesionales de la salud), “no deja nada a medias”, etcétera.; Así el hombre trabajador es “alguien que se esfuerza por subir y mejorar su estatus laboral y vital”; leal, claro que lo traducían casi todos por “fiel”, pero la descripción más apoyada fue “un hombre que siempre está ahí, de una forma humilde y veraz”; fuerte, se circunscribió a la exposición de dos categorías de fortaleza, a saber: “fortaleza física” y “fortaleza psíquica”, después de un breve ronda para ponerse de acuerdo, todos expresaron que lo que más definía lo que ellos pensaban era la “fortaleza psíquica”; sensible, dio origen a una discusión mayor de lo que cabría esperar por dos tomas de posición de otros tantos participantes en el sentido “que el hombre se ve abocado por presión social a ser sensible y que se ha pasado” y la otra “que se está afeminando / sensibilizando el hombre sin encontrar el punto”, amén de algunas aportaciones en ambos sentidos, se llegó a un acuerdo sobre lo que implicaba para ese hombre de hoy: “el hombre debe ser sensible porque es parte de su forma de ser como ser humano, y no puede permitir que el estereotipo hombre macho sea el que le obligue a no ser sensible; y tolerante, cuyo consenso se obtuvo sobre dos aspectos rápidamente, quizás debido a la hora, “abierto” y “capaz de cambiar de opinión”, así ese hombre de hoy tolerante debía “ser una persona abierta de ideas, capaz de compartirlas e intercambiarlas y también a cambiar su opinión”.

El trabajo conjunto provocó situaciones de



tensión entre alumnas y alumnos, y también dentro de los alumnos y de las alumnas, de hecho la valoración del perfil cambia y desaparecen dos términos, en el femenino liberal y en el masculino el de leal (Tabla nº 5).

De esta forma la descripción del perfil femenino, quedó así: independiente, como no dependiente de nadie ni a nivel económico, ni emocional; luchadora, por sus objetivos personales; única, como un ser absolutamente individual y diferente a los / las demás; autosuficiente, que necesitaba menos de los demás y cuyo “valor” se debía a si misma, a diferencia de la mujer tradicional dependiente y reconocida por aquel rol y sentimental, actúan y reaccionan emotivamente; y el perfil masculino: honrado, una persona en la que se puede confiar y con confianza hacia los demás; trabajador, alguien que se esfuerza por subir y mejorar su estatus laboral y vital; fuerte, alguien con fortaleza psicológica; sensible, como es parte de su forma de ser como ser humano, y no puede permitir que el estereotipo hombre macho sea el que le obligue a no ser sensible; y tolerante, una persona abierta de ideas, capaz de compartirlas e intercambiarlas y también de cambiar su opinión.

Hay que mencionar que las definiciones realizadas y consensuadas, se han acercado mucho a las etimológicas como podemos observar en las Tablas nº 6 y nº 7.

CONCLUSIONES

Procedentes de la observación participante:

1. Las alumnas, que si bien iniciaron sus aportaciones, con muchas categorías que responden a un estereotipo de la mujer clásico, podíamos decir, primero se deshicieron de los ítems más “light”, pero ya en el segundo cribage desaparecieron quizás los aspectos más clásicos en nuestra cultura, como pueden ser: familiar, maternal, cuidadora y sensible.
2. Los alumnos, al principio como sucede a veces con los informantes iniciaron el proceso introduciendo algún ítem, que suponemos pensaban que queríamos oír, por ejemplo “femenino”; pero en la segunda fase de la técnica, creemos que se centraron y desaparecieron los que habían superado “curiosamente” la primera fase, por ejemplo igualitario y no agresivo.

Procedentes de las técnicas de grupo nominal iniciales:

3. Lo que podríamos destacar es que hombres y mujeres que parecían ser simplemente seres humanos en sus conversaciones, no coinciden en ningún ÍTEM descriptivo de lo masculino y lo femenino, es decir son diferentes a lo que eran antes los estereotipos mencionados, pero siguen sin coincidir en ningún punto los perfiles

Procedentes de los grupos focales:

4. A pesar de que dentro de los conceptos tuvieron que consensuar diferentes posturas, si tienen cierto parecido semántico con el Diccionario de la Lengua Española.
6. En las alumnas la búsqueda de la definición, clarifica algo la descripción de lo que ellas consideran lo femenino, que sugiere una búsqueda de libertad que no han tenido –en general- las mujeres por el hecho de serlo de

ahí el abandono de las categorías que encorsetan, amén de la defensa de lo propio, sean objetivos o criterios.

7. En los alumnos, existe una cierta complicidad de grupo, de hecho algunas categorías que se reivindican se hacen desde la acusación de “hurto” no de “dejadez”, asimismo son tolerantes, pero enfatizan que tienen “derecho” a cambiar de opinión, si aceptamos las opiniones de los demás obviamente que se puede cambiar de opinión, por qué matizarlo, es una “maniobra de defensa”, por último reivindican quizás aquello en lo que las mujeres parecen más fuertes, el aspecto mental.

Procedentes de las TGF conjuntas:

8. Ante la presión de las alumnas el término lealtad de los alumnos se descuelga definitivamente, con la presión nos referimos simplemente a preguntar en el momento que se corresponde con las aclaraciones sobre las categorías en la técnica, por ciertos ítems y la respuesta no verbal ante las explicaciones de los alumnos, que podríamos definirlo llanamente como incredulidad.
9. Los chicos concretan una victoria parcial de su esquema de lo femenino, introduciendo el concepto sentimental, y lo concretan expresivamente de forma no verbal.
10. La consideración de que el grupo ha consensuado más las categorías, por la manifiesta concentración de votos y por los cambios en las posiciones.

Procedentes de los perfiles:

11. Obviamente hay una coincidencia en los dos grupos de querer cambiar sus perfiles o un desacuerdo con el perfil de lo masculino y lo femenino que se ha dado en nuestra cultura clásicamente.

12. El grupo masculino, sin embargo, si pretende que la mujer mantenga algo del perfil anterior, como la categoría sentimental.
13. Por último decir que el grupo femenino que participó con los alumnos en algún momento pareció o pretendió que estos se disculparán de la actitudes que hacia el género femenino se habían tenido.

BIBLIOGRAFÍA

- Berger, P.; Luckmann, T., (1988) "La construcción social de la realidad", Biblioteca de Sociología, Amorrortu, Buenos Aires. (pp. 17-24, 26-35; y 37-44)
- Barley, N., (1995) "El antropólogo inocente", Anagrama, Barcelona. (pp. 20-22; y 156-159)
- Coffey, A.; Atkinson, P. (2005). "Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación". Publicaciones de la Universidad de Alicante. Alicante. (pp. 16-31)
- Connell, Robert. W. (1987) a "Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics, (parte II), "The Structure of gender Relations", pags. 89-164 y el capítulo 6, "Gender Regimes and the Gender Order", pags. 119-142, Standford, Carolina, Standford University Press.
- Coffey, A.; Atkinson, P. (2005). "Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación". Publicaciones de la universidad de Alicante. Alicante. (pp. 16-21).
- Delphi, Christine. (1991) "Penser le genre, quels problèmes? Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes. CNRS; París.
- Dey, I. (1993). "Qualitative data analysis: a user friendly guide for social scientists" Londres. Routledge and Keagan Paul. (pp. 47-49)
- De Beauvoir, S. (1999) "El Segundo sexo, Volumen I, Los hechos y los mitos. Cátedra. Madrid. (pag. XXIII)
- De Lauretis, T. (1991) "Queer theory: lesbian and gays sexualites: An Introduction. and Differences 3 (2).
- Delbecq, L.; Van de Ven, A.; Gustafson, D. (1989). "Técnicas grupales de planeación". México. Ed. Trillas.
- Gil Calvo, E., (1997) "El nuevo sexo débil", ed. Temas de Hoy, S.A. (pp. 14-31)
- Guasch, O., (1997) "La observación participante", (Cuadernos metodológicos nº 20), CIS, Madrid. (pp. 5-24)
- Harris, M., (1998) "Introducción a la Antropología General", Alianza Editorial, Madrid. (pp. 564-571)
- Heritier, F. (2002), "Masculino. Femenino". Ed. Ariel (pp.4-62)
- Huberman, A. M; Miles, M. B. (1994). Data management and analysis methods. En: Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (eds). Handbook of qualitative research. Sage. Tousand Oaks (California). (pp. 428-444).
- Langaney, A, (1985). "Sexo e innovación". Ediciones Juan Granica S. A. Madrid (pp.147-187)
- Lomas, C., (1999) "¿Iguales o diferentes? (Género, diferencia sexual, lenguaje y educación)". Editorial Paidós, Barcelona.
- Mead, M. (2006). "Sexo y temperamento". Ediciones Paidós. Barcelona. (pp. 23-86)
- Miano, M. (2002) "Hombre mujer y muxe' en el Istmo de Tehuantepec". México. INAH. (pag. 22-25, 65-72)
- Murano, R. M. (2004) "Femenino y Masculino". Editorial Trotta.
- Narotzki, S. (1995) "Mujer, mujeres y género". CSIC. Madrid. (pp. 11-16; y 32-36).
- Philipp, R. (2001) "Cuestiones Actuales de Sociología del Género". Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.
- Rubin, Gayle. (1986) "El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo". Nueva Antropología. Vol. 8, núm. 30. Barcelona.
- Soley-Beltrán, P. (2009). "Transexualidad y la matriz heterosexual". Ediciones Bellaterra. Barcelona. (pp. 27-41; y 103-114).
- Valcuende, J. M.; López, J. (eds) (2003). "Hombres. La construcción cultural de las masculinidades". Talasa Editores. Madrid. (pp. 9-21; 25-51; y 53-65)
- Wittig, M., (1979) "No se nace mujer" (One is not born a Woman) Feminist Issues. 1,2 1979.
- Wolcott, H. (1994). "Transforming up qualitative data: description, analysis, and interpretation. Tousand Oaks. Sage. (pag. 36-47).

Tabla n° 1. Resultados de la primera TGN con alumnas, describiendo los términos que representan lo femenino actualmente y la importancia que ellas le dan

ITEM	TÉRMINO UTILIZADO	PUNTUACIÓN OBTENIDA
2	INDEPENDIENTE	320
5	LUCHADORA	280
21	ÚNICA	240
6	LIBERAL	220
9	AUTOSUFICIENTE	220
1	PERSONA	200

Elaboración propia

Tabla n° 2. Resultados de la primera TGN con alumnos, describiendo los términos que representan lo masculino actualmente y la importancia que ellos le dan

ITEM	TÉRMINO UTILIZADO	PUNTUACIÓN OBTENIDA
1	HONRADO	540
5	TRABAJADOR	380
21	LEAL	260
6	FUERTE	260
9	SENSIBLE	160
1	TOLERANTE	120

Elaboración propia

Tabla n° 3. Resultados de la segunda TGN con alumnas y alumnos, sobre lo femenino y su importancia comparada con la que se le había otorgado en la 1ª TGN

ORDEN SEGÚN LA PUNTUACIÓN TGN ANTERIOR	TÉRMINO UTILIZADO	ORDEN SEGÚN LA IMPORTANCIA EN ESTA TGN
1°	INDEPENDIENTE	2°
2°	LUCHADORA	3°
3°	ÚNICA	4°
4°	AUTOSUFICIENTE	1°
---	SENTIMENTAL	5°

Elaboración propia

Tabla nº 4. Resultados de la segunda TGN con alumnas y alumnos, sobre lo masculino y su importancia comparada con la que se le había otorgado en la 1ª TGN

ORDEN SEGÚN LA PUNTUACIÓN TGN ANTERIOR	TÉRMINO UTILIZADO	ORDEN SEGÚN LA IMPORTANCIA EN ESTA TGN
1º	HONRADO	2º
2º	TRABAJADOR	1º
4º	FUERTE	4º
5º	SENSIBLE	5º
6º	TOLERANTE	3º

Elaboración propia

Tabla nº 5. Resultados de la importancia del perfil masculino y su variación según se hiciera el análisis por cada uno de los géneros o conjuntamente

ORDEN DE IMPORTANCIA	FEMENINO		MASCULINO	
	ALUMNAS	ALUMNAS Y ALUMNOS	ALUMNOS	ALUMNOS Y ALUMNAS
1	INDEPENDIENTE	AUTOSUFICIENTE	HONRADO	TRABAJADOR
2	LUCHADORA	INDEPENDIENTE	TRABAJADOR	HONRADO
3	ÚNICA	LUCHADORA	LEAL	TOLERANTE
4	LIBERAL	ÚNICA	FUERTE	FUERTE
5	AUTOSUFICIENTE	SENTIMENTAL	SENSIBLE	SENSIBLE
6	PERSONA		TOLERANTE	

Elaboración propia

Tabla nº 6. Comparación de los términos que definen lo femenino con definiciones del Diccionario de la Lengua

CONCEPTO	DICCIONARIO	OPINIÓN DE LAS ALUMNAS
Independiente	Que sostiene sus derechos u opiniones sin admitir intervención ajena	No depender ni económica ni emocionalmente de nadie
Luchadora	Tenaz en el esfuerzo para sacar adelante su propósito	Va en pos de sus objetivos personales
Única	Sólo y sin otro de su especie	Un ser absolutamente individual y deferente a las/los demás
Liberal	Inclinada a la libertad, comprensiva	Respetuosa con las ideas, creencias o prácticas de los demás, pero con una actitud de poder elegir
Autosuficiente	Que se basta a sí misma	Cuyo valor se debe a sí misma y necesita menos de los demás
Persona	Mujer de prendas, capacidad, disposición y prudencia	Evitar ser encasillada en una categoría (por ejemplo el género)
Sentimental	Propensa a albergar o suscitar sentimientos tiernos o amorosos	Actúan y reaccionan emotivamente

Elaboración propia

Tabla nº 7. Comparación de los términos que definen lo masculino con definiciones del Diccionario de la Lengua

CONCEPTO	DICCIONARIO	OPINIÓN DE LOS ALUMNOS
Honrado	Que procede con rectitud de ánimo e integridad en el obrar	Que se puede confiar en él, y él en los demás
Trabajador	Muy aplicado al trabajo	Alguien que se esfuerza por subir y mejorar su estatus laboral y vital
Leal	Que guarda a alguien o a algo la debida fidelidad	Un hombre siempre está ahí, de forma humilde y veraz
Fuerte	De carácter firme y animoso	Fuerte psíquicamente
Sensible	Que siente física y moralmente	La sensibilidad es inherente al hombre, y no puede el estereotipo de macho impedirlo
Tolerante	Respeto las ideas, creencias o prácticas de los demás cuando son diferentes o contrarias a las propias	Abierto de ideas, capaz de compartirlas e intercambiarlas, y cambiar de opinión

Musicoterapia en el paciente oncológico

Music therapy in cancer patients Musicoterapia aplicada ao paciente oncológico

Beatriz Yáñez Amorós
Diplomada en Enfermería



Music therapy in cancer patients

ABSTRACT

Among the complementary therapies, the use of music therapy provides benefits in the binomial health-disease, That`s as cheap and free of side effects instrument of care. This paper will discuss the benefits of music therapy occurs in the physical, psychological and behavioral effects of the person with cancer. Scientific studies say that this alternative therapy can help people with disease-related symptoms such as pain, gastrointestinal symptoms, anxiety, fear, depression, anger,... Of course, also a support to address the situation, encouraging them to collaborate and communicate.

Keywords: music therapy and cancer; music therapy; nursing and music therapy.

Musicoterapia aplicada ao paciente oncológico

RESUMO

Dentro das terapias complementares, a utilização da musicoterapia traz benefícios à pessoa no processo saúde-doença, sendo ela um “instrumento de cuidados” isento de efeitos secundários e de ônus financeiro. No presente trabalho, abordaremos os benefícios que produzem a terapia com música nas esferas física, psíquica e de comportamento na pessoa que padece de câncer. Diversos estudos científicos afirmam que a terapia alternativa pode ajudar as pessoas com câncer no enfrentamento dos sintomas relacionados com a doença, tais como dor, sintomas digestivos, imunológicos, medo, depressão, raiva, etc, além de possibilitar um suporte para enfrentar a situação vivida, animando-as a colaborar e a se comunicarem.

Palavras chave: Musicoterapia e câncer, Terapia Musical, Enfermagem e Musicoterapia.

RESUMEN

Dentro de las terapias complementarias, la utilización de la musicoterapia aporta beneficios en el binomio salud-enfermedad, siendo ésta un “instrumento de cuidados” barato y carente de efectos secundarios. En este documento abordaremos los beneficios que produce la terapia con música en las esferas física,

psicológica y conductual de la persona que padece de cáncer. Diversos estudios científicos afirman que esta terapia alternativa permite ayudar a las personas con cáncer a afrontar los síntomas relacionados con la enfermedad como el dolor, síntomas digestivos, síntomas inmunológicos, ansiedad, miedo, depresión, ira,... Y, como no, también como soporte para afrontar la situación, animándoles a colaborar y comunicarse.

Palabras clave: Musicoterapia y cáncer, Terapia musical, Enfermería y Musicoterapia.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La musicoterapia como disciplina científica se remonta desde hace siglos. Las sociedades primitivas ya tenían conocimiento de las cualidades terapéuticas de la música y la incluían como un elemento más en sus rituales de sanación. Pitágoras es considerado el padre de la musicoterapia y la utiliza para tratar enfermedades mentales. Platón habla de los efectos de la música para crear distintos estados morales en los pacientes. Aristóteles, por su parte, cree que la música sirve para ayudar en la educación, ya que influye en el carácter de la persona.

En los últimos años el empleo de la musicoterapia ha ido ganando un sitio cada vez más importante dentro de las Terapias Alternativas, ya que sus resultados son excelentes para enfermedades de diversa índole constituyendo parte importante de la rehabilitación y crecimiento emocional en el paciente y en las personas de su entorno.

La musicoterapia no sólo es la fusión de los términos música y terapia, sino mucho más que eso. Es una terapia de apoyo a la terapia farmacológica, es un concepto que aún no po-

see identidad propia, muchos musicoterapeutas han puesto todo su empeño en aproximarse a una única definición simple y completa que pueda aportar a cualquier persona experta o no en musicoterapia. Existen definiciones variadas como las defendidas por:

- Asociación Americana de Musicoterapia (1995): “es el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental”.
- Juliette Alvin (1967): “uso dosificado de la música en el tratamiento, rehabilitación, educación y adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales”.
- Rolando Benenzon (1981): “la especialización científica que se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendente a buscar métodos diagnósticos y los efectos terapéuticos de los mismos”.
- Bruscia (1998): “...un proceso de intervención sistemática, en el cual el terapeuta ayuda al paciente a obtener la salud a través de experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollan a través de ellas como las fuerzas dinámicas para el cambio”.

El musicoterapeuta hace uso de recursos específicos como silencio, ruido, sonido, música y todas las formas rítmicas y acústicas vivenciadas o expresadas a través del cuerpo, la voz, los instrumentos musicales, los objetos y los medios analógicos y digitales de producción, reproducción, edición y comunicación para generar procesos conducentes al bienestar físico, psíquico, social y cognitivo.

Las formas de implementación terapéuticas pueden ser (Rodríguez, 2005):

1. **Musicoterapia pasiva.** La persona normalmente escucha y la música persuade, o actúa en forma subliminal. No hay instrumentos ni movimientos.
2. **Musicoterapia activa.** Permite que el paciente cree sonidos, componga, realice movimientos o baile, cante o simplemente susurre sonidos que él ha creado con diferentes instrumentos. Este tipo de terapia tiene un gran componente participativo y dependiente del paciente.
3. **Musicoterapia mixta.** Incluye los dos aspectos anteriores. O puede estar acompañada de expresión corporal, voz, movimientos gestuales.
4. **Musicoterapia receptiva.** La terapia tiene lugar como resultado de la escucha del paciente, entrando en ella, o recibiendo la música misma (música vibro-acústica).
5. **Musicoterapia creativa.** La persona crea música a partir de ritmos, intensidades, tonos, puede utilizar o no la voz o instrumentos, o movimientos corporales. Permite una forma de expresar lo siente respecto a ciertos temas.

La utilización de la musicoterapia en instituciones sanitarias es una realidad en diversos países de Europa y en Estados Unidos. Incluso, la seguridad social en países europeos como Reino Unido, Alemania, ... incluye las sesiones de musicoterapia como tratamiento complementario (Aldridge, 2003). En España es aún una terapia relativamente joven, siendo múltiples hospitales los que la ofertan a sus pacientes.

Se ha demostrado en diversos estudios la efectividad de la musicoterapia aplicada a los cuidados de salud mejora el bienestar de los pacientes y de sus familiares. En los cuidados oncológicos es muy difícil conseguir el bien-

estar de la persona, a menudo los pacientes refieren dolor, náuseas y vómitos, ansiedad, dificultad para conciliar el sueño, ... (Downer, 1998). Estos problemas pueden influir en parámetros fisiológicos como la presión arterial, frecuencia cardiaca, respiración, etc induciendo al paciente a un mayor malestar. Por ello, consideramos que la musicoterapia es un método para alcanzar ese bienestar. Durante las sesiones de musicoterapia se utilizará un tipo de música u otra (ritmo, volumen y frecuencia determinados) dependiendo del pronóstico y la gravedad del paciente oncológico. También se utiliza dicha terapia como soporte para afrontar la situación, animándoles a colaborar y comunicarse (Smith, 2001; Evans, 2002).

Esta terapia complementaria permite una visión holística del paciente y está teniendo gran aceptación por su bajo coste, flexibilidad y variedad de aplicaciones.

1.2 OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo del presente trabajo es analizar la información disponible basada en la evidencia sobre los efectos beneficiosos de la musicoterapia en pacientes oncológicos en el campo de la salud y más concretamente en los cuidados enfermeros abarcando los aspectos biológicos y psicosociales.

2. METODOLOGÍA

Se realiza una revisión narrativa sobre la música como terapia complementaria y su repercusión en la salud del enfermo oncológico. Se realiza una búsqueda en Medline, Biblioteca Cochrane, PubMed, CINHALL, EMBASE, CUIDEN, TESEO y Google Académico. Y algunos libros de texto extraídos de diversas bibliotecas y otros comprados en una librería. Las palabras clave fueron: musicoterapia y cáncer, radioterapia y música, quimioterapia y



música, trasplante de médula y música, cáncer, ansiedad, estrés, enfermería, música, terapia musical, música y salud, terapia complementaria, Enfermería y Musicoterapia. Se incluyeron artículos publicados en revistas sanitarias y páginas Web, escritos en español o inglés. Se excluyeron páginas de música, y los publicados en idioma diferente del español o inglés. En total se analizó 30 documentos: 25 de carácter científico (nacionales 10 e Internacionales 15) y 5 referidos a Congresos.

3. DESARROLLO DEL TEMA

3.1 FISIOLÓGÍA DE LA MÚSICA

Tradicionalmente se ha identificado al hemisferio derecho de nuestro cerebro como el lugar de la apreciación musical. Sin embargo, ningún estudio ha encontrado evidencia de un “centro de la música” en el cerebro.

El sonido circula a través del córtex auditivo, activando al sistema límbico, responsable de nuestras experiencias emocionales, así como de las respuestas metabólicas básicas. La escucha sonora puede sintetizar la producción de ciertos agentes llamados péptidos, o estimular sustancias químicas que nuestro organismo genera, por ejemplo las endorfinas, “opiáceos” naturales segregados por el hipotálamo y que inducen relajación y sensación de bienestar.

Otro estudio sostiene que la música activa el cerebro de la misma forma que un estimulante químico, originando elevados senti-

mientos de placer, emoción o satisfacción. Al inducir los mismos sentimientos que el sexo o las drogas, la música produce una respuesta química por la cual los circuitos neurales implicados en el sistema de recompensa ayudan a modular en el cerebro los niveles de dopamina, la llamada “hormona del bienestar” (Levitin y McGill, 2007). También activa el flujo de materiales de memoria archivados a través del cuerpo caloso (Cicchetti, 2004).

3.2 CUALIDADES DE LA MÚSICA COMO HERRAMIENTA TERAPEÚTICA

La musicoterapia hace uso de sonidos, trozos musicales y estructuras rítmicas para conseguir diferentes efectos terapéuticos directos e indirectos a nivel fisiológico, social, psicológico e intelectual (Cicchetti, 2004; Rodríguez, 2005):

Beneficios fisiológicos:

- Acelera o retarda las principales funciones orgánicas: ritmo cerebral, circulación, respiración, digestión, metabolismo,..
- Actúa sobre el sistema nervioso central y periférico; su acción se traduce en sedante, excitante, enervante.

Beneficios sociales:

- Da la oportunidad de que personas con dificultades tengan experiencias sociales placenteras, positivas y gratificantes.
- Su estructura y naturaleza intrínseca tiene la capacidad de autoorganizarnos interiormente y de organizar el grupo.
- Disminuye la sensación de aislamiento.
- Facilita la expresión emocional a través de la comunicación no verbal y en personas con dificultades comunicativas.
- Ayuda a establecer, mantener y fortalecer la relación profesional/paciente.

- Ayuda a la comunicación con la familia.
- Es una modalidad flexible, estética y adaptable a diferentes casos y circunstancias.

Beneficios psicológicos:

- Estimula los sentidos, evoca sentimientos y emociones así como facilita respuestas fisiológicas y mentales.
- Energiza el cuerpo y la mente.
- Alivia los temores y las ansiedades.
- Fortalece la conciencia de identidad y de autoestima (aumentando la conciencia de uno mismo, de los demás y del entorno).
- Ofrece al paciente aliviar el sufrimiento, facilitar la aceptación de la muerte y mejorar la calidad de vida.
- Promueve la relajación psicofísica, disminuyendo la percepción de dolor, y facilitando el contacto con los aspectos espirituales (experiencias sociales, placenteras, positivas y gratificantes).

Beneficios intelectuales:

- Desarrolla la capacidad de atención. Estimula la imaginación y la capacidad creadora.
- Desarrolla la expresión musical, la memoria.
- Inicia a quien la practica a la meditación o reflexión.
- Mejora la memoria reciente y estimula la memoria a largo plazo.

La práctica musicoterapéutica se implementa en niños, adolescentes, adultos y en tercera edad. Se desarrolla en tres áreas: la prevención, la asistencia terapéutica y la rehabilitación, trabajando en forma independiente así como también integrando equipos interdisciplinarios.

En la bibliografía revisada no hay datos que revele que la musicoterapia tenga contraindicaciones. Salvo, en dos artículos como

“Music therapy as Complementary Medicine”, Hanser (2000) afirma que la terapia musical está contraindicada en pacientes con pérdida de audición; y otro artículo sostiene que pacientes analfabetos y también aquéllos con fuerte compromiso mental agudo deben ser excluidos de los programas de musicoterapia (Salas Pino, 2004). Se consideran contraindicaciones de escasa importancia, ya que existen múltiples investigaciones acerca de los beneficios que avala la musicoterapia en la sordera, en el analfabetismo y en la psiquiatría.

La música debe ser seleccionada e individualizada adecuadamente por un experto en musicoterapia según el estado clínico y los gustos musicales del paciente, que se darán a conocer a través de un cuestionario dirigidos a él o la familia, de esta manera obteniendo efectos agradables o desagradables para los pacientes (Barthomieu, 2004). Sin embargo, en intervenciones musicales a cargo de personas sin preparación puede ser ineficaz e, incluso puede provocar un aumento del estrés y el malestar.

3.3 LA MUSICOTERAPIA COMO INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

La musicoterapia forma parte de una de las terapias complementarias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) a los enfermeros como una de las estrategias para alcanzar el objetivo de “Salud para todos” en el año 2000.

Actualmente existe un creciente interés por desarrollar intervenciones de enfermería que alivien la ansiedad, malestar e incomodidad de los pacientes durante la hospitalización, ya que este período puede resultar especialmente estresante e influir negativamente sobre su salud (Rodríguez, 2002; Almansa, 2003; Sobrin, 2005).

Florence Nightingale en su obra “Notas de Enfermería” destaca las cualidades beneficiosas de la música. La utilizó como parte de los cuidados que prestó a los soldados en la guerra de Crimea usando la voz y los sonidos de las flautas con el fin de provocar efectos favorables sobre el dolor. Según su modelo basado en el entorno, la enfermera debe controlar el mismo favoreciendo la promoción de la salud y curación del paciente.

Según la clasificación de intervenciones de enfermería (Nursing Interventions Classification, NIC), la terapia musical establece como intervención enfermera y la define como la “utilización de la música para ayudar a conseguir un cambio específico de conductas, sentimientos o a nivel fisiológico”.

Para abordar dicha intervención enfermera es necesario trabajar desde una perspectiva interdisciplinar, donde cada profesional “aporte su grano de arena” en un objetivo común colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de cuidados: cuidar, mejorar y ayudar al paciente oncológico que necesita atención. La intervención de enfermería en este caso tiene una característica muy específica que puede resultar relevante en el resultado final del abordaje. En la práctica diaria son múltiples las ocasiones en las cuales el paciente acude a la enfermera para consultar dudas, comentar sensaciones, expresar problemas, compartir buenas noticias, alegrías, sensaciones agradables y proyectos de futuro. Esta realidad debe ser tenida en cuenta en todo programa de intervención de enfermería.

Para llevar a cabo una sesión de musicoterapia, la enfermera formada o experta en Musicoterapia, debe realizar una valoración general previa al paciente oncológico bajo consentimiento informado de éste último. Durante el proceso de valoración hay que tener

en cuenta su estado general, su estado físico y pronóstico de su enfermedad con el fin de evitar problemas relacionados con los efectos que se quiere perseguir. No se pueden dar unas consignas generales a todos los pacientes, ya que en función de sus características la elección de los elementos de la sesión varía.

Toda sesión de musicoterapia está constituida por distintas fases (Rodríguez, 2005):

a) Caldeamiento. Es la etapa en la que el paciente se ubica en el contexto determinado para ser llevada a cabo la actividad. Es el momento de la exploración del espacio, de los instrumentos musicales y demás materiales y recursos que utilizaremos para llevar a cabo el desarrollo de la sesión.

b) Desarrollo de la sesión. En esta etapa se lleva a cabo las actividades organizadas por el terapeuta en base a los objetivos planteados y a los datos recopilados sobre el paciente.

c) Puesta en palabra con el paciente de lo ocurrido en la sesión. Es la etapa centrada básicamente en la relación de ayuda y la más importante. La sesión se cierra por medios no verbales como verbales. Muchas veces existe por parte del paciente la necesidad de comunicar la vivencia experimentada a lo largo de la sesión, de verbalizar, de exteriorizar sus emociones y sentimientos con la enfermera y su familia.

Son sumamente escasos los artículos encontrados sobre cuidados de enfermería y la musicoterapia, pero varias investigaciones afirman en que cuando la enfermera desarrolla su capacidad para la empatía, facilita la comprensión y opta por actitudes positivas y optimistas, los pacientes tienden a estar más confiados y relajados. El uso de la música facilita la relación de ayuda entre las enfermeras y el paciente o familia al final de las sesiones.

Todo enfermero experto en terapia musical debe trabajar ciertas habilidades para afrontar el trabajo con los pacientes oncológicos. En el transcurso de la intervención terapéutica se han de tener en cuenta algunas actitudes para enfrentarnos a la terapia (ANEXO 1).

Como conclusión cabe decir que el enfoque del paciente oncológico debe ser holístico y cumplir el objetivo de asegurar el máximo bienestar posible. Y para ello vamos a aprovechar al máximo los beneficios de la musicoterapia en el campo del cuidado oncológico.

3.4 EJES DE INTERVENCIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

En Oncología existen numerosos tratamientos que permiten aliviar, curar, aportar una remisión (destacaremos los más utilizados hoy en día): quimioterapia, radioterapia, cirugía y trasplante de médula ósea.

La calidad de vida de una persona que padece cáncer puede verse mermada de diversas

maneras. Entre ellas, los efectos secundarios de los tratamientos mencionados anteriormente y las frecuentes visitas al hospital alteran las relaciones familiares y las de su alrededor.

La persona receptora de tratamiento para un cáncer puede sentirse impotente por no poder llevar una vida como la anterior del diagnóstico: se sienten físicamente mal, soportan tratamientos altamente agresivos, experimentan cambios en su cuerpo, se someten a frecuentes revisiones médicas. Pero esta hostilidad del paciente también oculta expresiones y emociones difíciles de exteriorizar (De Trill, 2006).

La enfermera, experta en Musicoterapia, de la Unidad Oncología o Cuidados Paliativos para abordar sus planes de cuidados oncológicos relacionados con los tratamientos oncológicos debe utilizar como marco de referencia la taxonomía diagnóstica de la NANDA, donde definen los problemas específicos del paciente oncológico, cuyas intervenciones enfermeras son dependientes. Se abordará la intervención

	PRINCIPALES PROBLEMAS Y EFECTOS SECUNDARIOS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	OBJETIVOS A PERSEGUIR CON LA MUSICOTERAPIA
QUIMIOTERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas digestivos (náuseas y vómitos, estomatitis, mucositis,...) - Dolor generalizado. - Miedo, preocupación, nerviosismo (alopecia), autoaislamiento. - Alteración constantes vitales (baja TA, aumento FR, debilidad, aumento FC) - Alteración de la médula ósea. - Alteraciones neurológicas, cardíacas, sexuales o de fertilidad). 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar y ayudar a la administración. - Distender y relajar para actuar sobre los problemas digestivos y la ansiedad.
RADIOTERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> - Autoaislamiento. - Dolor (por quemaduras). - Problemas digestivos. - Problemas sexuales (esterilidad). - Modificación esquema corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir la angustia cara al aislamiento. - Atenuar el dolor. - Soportar mejor el tiempo de irradiación.
CIRUGÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Incertidumbre - Angustia de muerte. - Dolor - Modificación esquema corporal (amputación). 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir la angustia antes de la anestesia y la fase dolorosa en pre-operatorio. - Actuar sobre el dolor y la agitación en la fase de despertar
TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor (torácico, cabeza,...) - Reducción de presión arterial. - Dificultad para respirar. - Problemas digestivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir el nivel de estrés. - Actuar sobre el dolor. - Disminuir incidencia infección.

musicoterápica desde dos perspectivas: aspectos biológicos (dolor, síntomas digestivos, síntomas inmunológicos) y aspectos psicosociales (síntomas neuropsicológicos, problemas de comunicación y exteriorización de emociones y el proceso de duelo) acordes con el estado clínico y los gustos musicales del paciente oncológico. Y también se hará hincapié en el abordaje de la música en el estrés del cuidador principal.

3.4.1 ASPECTOS BIOLÓGICOS

3.4.1.1 DOLOR

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en el enfermo de cáncer y se encuentra en todas las fases y todo tipo de tumores, incluido en algún momento durante su tratamiento. El dolor está presente en el 50 % de los pacientes (Centeno, 1996; Cepeda, 2008). Predomina los tres tipos de dolor: somático, neurológico y visceral.

La música es una de las herramientas disponibles para el alivio del dolor, es fácil de administrar, libre de efectos adversos y no es costosa. Pero no resulta aconsejable como único tratamiento analgésico, sino como tratamiento complementario.

La música fomenta la liberación de endorfinas que son neurotransmisores que permiten enmascarar el dolor. Esto se potencia cuando se realizan métodos de musicoterapia como activa, pasiva, mixta y receptiva. Ejercicios de visualización (imaginación guiada), donde el paciente con ayuda de la música se concentra en una imagen que le evoca sensaciones placenteras.

En 2008, en The Cochrane Library, con musicoterapia, se planteó suavizar el dolor tras operaciones quirúrgicas y utilizarla como refuerzo a los analgésicos en una investigación controlada. Los pacientes oncológicos que es-

cucharon música después de la operación se quejaron menos dolor que los no expuestos a ella. La música también redujo la necesidad de opiáceos. Cepeda cree confirmado con el estudio que al menos en el caso de dolor postoperatorio agudo la música disminuye las necesidades de analgésicos y la intensidad del dolor (la musicoterapia aliviaba en casi un punto el dolor de los afectados en la escala del dolor EAV del 1 al 10) y necesitaban 1 mg menos de morfina que los demás, dos horas después de la intervención y, al día siguiente, casi 6 mg menos.

La revisión de la Colaboración Cochrane analizó 51 ensayos para comprobar el efecto de la música sobre el dolor, pero los resultados de otros estudios no eran suficientemente congruentes para concluir si la música aliviaba el dolor asociado al cáncer, o las pruebas diagnósticas.

Existen varios estudios han demostrado que diversas técnicas de Musicoterapia han sido efectivas en el tratamiento clínico del dolor oncológico:

Dileo y Bradt (1999) sostienen que la musicoterapia ha sido demostrada como una intervención efectiva en una variedad de pacientes oncológicos y situaciones clínicas mediante métodos receptivos y activos.

Otro método de Musicoterapia que podría incluirse en el abordaje del dolor oncológico (Zain, 2008) es la musicoterapia vibroacústica a través de cuencos sonoros tibetanos y el didgeridoo (instrumento de viento ancestral utilizado por los aborígenes de Australia).

Los pacientes que recibieron estas técnicas de musicoterapia informaron una menor intensidad del dolor y, a veces, han requerido menos medicación para el dolor. A través de los diversos tipos de terapia musical mejora el confort y la calidad de vida del enfermo onco-



lógico. Es un recurso inestimable para disminuir el sufrimiento en el cáncer avanzado. El profesional a través de una cuidadosa valoración puede facilitar la exploración del paciente de los muchos factores que contribuyen a la compleja experiencia del dolor.

3.4.1.2 SÍNTOMAS DIGESTIVOS.

Los efectos secundarios causados por la quimioterapia y radioterapia (zona pélvica o abdominal) dependen de qué medicamento o combinación de medicamentos se esté usando, de qué nivel de emisión de radiación. La severidad de los efectos secundarios varía de una persona a otra.

Las personas vinculan frecuentemente al tratamiento de quimioterapia y radioterapia con las náuseas y los vómitos.

La forma más eficaz de tratar las náuseas y los vómitos que presentan es previniéndolos. Esto se puede lograr usando medicamentos contra las náuseas y vómitos que funcionan en cada tratamiento de quimioterapia y radioterapia, especialmente en el primero. La musicoterapia se ha usado con cierto éxito en pacientes que han desarrollado náuseas y vómitos como se demuestra en las investigaciones de Ezzone et al (1998), que realizaron un estudio entre grupos de pacientes sometidos a quimioterapia el cual estableció comparativas de dos grupos a un total de pacientes se

incluyeron en el análisis de datos, con 17 en el grupo control (con fármacos antieméticos) o el grupo experimental (antieméticos habituales además de música de intervención durante las 48 horas de altas dosis de ciclofosfamida se administra como régimen de preparación). Se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones del grupo en una escala analógica visual (EVA) para las náuseas y el número de episodios, lo que demuestra que el grupo experimental experimentaron menos náuseas y menos casos de vómitos.

La aplicación de música para las náuseas y vómitos es la musicoterapia receptiva en el que se utilizan sonidos dotados de notas graves a bajo volumen que resultan agradables al oído como música de movimientos de olas, el contrabajo, el oboe y el violonchelo.

Algunos fármacos de quimioterapia también pueden ocasionar estreñimiento y diarrea como efectos secundarios. En el estreñimiento es idóneo trabajar también con música de tipo receptiva, es decir, con musicoterapia vibroacústica a través de cuencos tibetanos sonoros, en el que se trabaja la parte rítmica del movimiento peristáltico del intestino grueso (Zain, 2008) si las condiciones físicas del paciente lo permiten. Sin embargo, en la diarrea es preferible que el paciente escuche música pasivamente a través de notas musicales clásicas como Renacimiento del arpa (Stivell), Concierto de oboe (Vivaldi), Claro de luna (Debussy) y Adagio (Albinoni).

3.4.1.3 SÍNTOMAS INMUNOLÓGICOS

La quimioterapia y la radioterapia generan una sobrecarga tóxica que tiene una acción paradójica sobre el sistema inmunológico que lo debilita y destruye con riesgo de infecciones y complicaciones.



Un estudio ha demostrado, que tras cantar, había aumentado considerablemente las concentraciones de sangre de inmunoglobulina A e inmunoglobulina G. En cambio, después de escuchar pasivamente la misma música, sin cantarla, los valores eran normales. Otra ventaja de la música es la aceleración de producción de células sanguíneas tras comparar la evolución de 42 pacientes, con edades comprendidas entre los 5 y los 65 años, ingresados por diferentes tipos de cáncer (linfomas, leucemias y tumores sólidos) en un centro oncológico.

Otro estudio científico realizado reveló que escuchar 15 minutos de música, incrementaba los niveles de Interleuquina 1 en la sangre de 12,5 a 14 %. (Bartlett, 1993). Dicha sustancia es una citoquina fundamental para el sistema inmune ya que participa muy activamente en las funciones de defensa del organismo.

Se concluye que cantar refuerza el sistema inmunológico y consecuentemente, palia los efectos de la enfermedad oncológica mejorando el estado de ánimo y los niveles de cortisol (responsable de la hormona del estrés).

3.4.2 ASPECTOS PSICOSOCIALES

3.4.2.1 SÍNTOMAS NEUROPSICOLÓGICOS

El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad generan frecuentemente un malestar emocional importante, ya que

suele afectar al paciente globalmente, tanto a nivel físico, como psíquico y social.

Maté et al (2004) hacen mención los tres síntomas neuropsicológicos más frecuentes en el paciente con cáncer: insomnio, ansiedad y depresión.

La dificultad para dormir satisfactoriamente durante la noche se traduce en fatiga, intolerancia al dolor y depresión del sistema inmune, así como a nivel emocional con aumento de irritabilidad y depresión.

Estudios científicos demuestran que la música eleva los niveles de melatonina que es una hormona que está ligada al sueño. Escuchar música clásica interpretada por un piano, por ejemplo, genera una respuesta a las propias ondas cerebrales y con ello, se mejora la calidad del sueño según investigaciones de la Universidad de Toronto.

Un estudio de la Universidad de Louisville, un grupo de personas con insomnio fue expuesto a música en el momento de iniciar su descanso. Los resultados son contundentes, en más de 20 casos, las personas participantes en la investigación se durmieron más rápidamente, lo hicieron por períodos más largos o regresaron al sueño con mayor agilidad después de una interrupción nocturna.

Para este propósito, los temas musicales deben ser suaves, melódicos y lentos. Para la investigación se utilizó “Música del agua”, de Haendel, “Canon en Re”, de Pachelbel y “Las cuatro estaciones”, de Vivaldi. Sin embargo, otros especialistas también aconsejan más piezas para combatir el insomnio como algunos fragmentos de “Nocturnos”, de Chopin y “Preludio para la siesta de un Fauno”, de Debussy. Se aconseja que se elimine todo movimiento e intente respirar profundamente al mismo tiempo.

Consideramos que la ansiedad, otro de los síntomas neuropsicológicos, se puede manifestar en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el nuevo tratamiento (quimioterapia, radioterapia, cirugía o trasplante de médula), durante el mismo y en los estadios avanzados o terminales.

La terapia musical ayuda a reducir la ansiedad, a enfrentarse a los problemas físicos y a aliviar las emociones que causa el cáncer, según muestra las conclusiones de una investigación llevada a cabo en 2008 en el Centro Integral del Cáncer de la Universidad de Michigan (EEUU), tutelada por el profesor O'Callaghan. Similar a este estudio, Takahashi (2007) realizó una investigación sobre pacientes que están llevando a cabo operaciones de cáncer digestivo asignados aleatoriamente en dos grupos (grupo de terapia de música y grupo de control). El efecto de la musicoterapia sobre la ansiedad en el grupo de terapia fue significativamente inferior que el de los pacientes de control, demostrando la efectividad de la terapia para reducir la ansiedad. Para ello se utilizó el Inventario de los Rasgos del Estado de Ansiedad (STAI).

Según este estudio, recomienda escuchar música en vivo o grabada, y sugiere tocar algún instrumento como la guitarra, el piano o simplemente sacudir una pandereta. Además, afirma que la terapia también puede consistir en la composición de canciones o la discusión del significado de sus letras. No es necesario que el paciente tenga antecedentes musicales para que experimente la musicoterapia.

Inicialmente aconseja escuchar música calmante, de modo que el latido del corazón cambie para adaptarse al tempo de la música que se escuche; acostumbrarse a usar un aparato mp3 con música autoseleccionada en la

espera previa a la radioterapia, en las cita con el oncólogo ya que ayuda en el tiempo de espera a reducir la ansiedad; acudir a conciertos en vivo y a analizar y reflexionar sobre aquellas letras que más pueden gustar al enfermo, ya que puede dar al paciente una gran variedad de emociones.

Trallero Flix (2008) en su investigación con 6 pacientes oncológicos (4 mujeres con cáncer de mama, 1 con mieloma múltiple y otra con linfoma de Hodgkin) en una Asociación contra el Cáncer utilizó la musicoterapia creativa utilizando la propia voz, el canto y la improvisación, a partir de la capacidad musical innata en cada persona. Para ello, se utilizó como sistemas de medida y evaluación el cuestionario de los Rasgos de Estado de Ansiedad (STAI). Los pacientes consideraron que el tratamiento les ayudó a afrontar sus estados de ansiedad, preocupación e inquietud.

Las reacciones depresivas surgen por una difícil adaptación del paciente a su nuevo entorno. La musicoterapia puede ayudar a superar el autoaislamiento, muy común en pacientes oncológicos, lo que lleva a una gran tensión y una consiguiente pérdida de contacto social. La música tiene efectos positivos en los pacientes, ya que les ayudan a abrir sus mentes de manera gradual favoreciendo la comunicación e interacción continua con el terapeuta y con su familia.

Un estudio de la Universidad de Stanford, en el cual participaron una parte importante de las personas en un estudio durante el cual escucharon piezas musicales conocidas mientras desarrollaban técnicas de relajación, redujeron de manera importante la depresión que registraban y mejoraron ostensiblemente su ánimo. En cambio, otro grupo que también formó parte del estudio pero que no se sometió a la música ni a la relajación no consiguió

mejorar su situación. Además, vale remarcar que los grupos analizados (alrededor de los 60 años), que desarrollaron el estudio durante un período de ocho semanas, no fueron orientados por un musicoterapeuta, lo que quizás hubiera mejorado aún más los resultados.

Siguiendo otras consideraciones, la música más adecuada para evadir la depresión serían temas alegres, enérgicos y rítmicos. Pero no se excluye a la música clásica, ya que piezas como “Concierto para piano nº 5” de Rachmaninov, “Sinfonía nº 8”, de Dvorak o “Concierto para violín”, de Beethoven también serían buenas alternativas.

La investigación sobre la relación entre la musicoterapia y la depresión sugiere que el experto en musicoterapia debe ser extremadamente cuidadoso con la aplicación de la música en el paciente oncológico.

3.4.2.2 COMUNICACIÓN Y EXPRESIÓN DE EMOCIONES

El silencio y la no comunicación verbal son, muchas veces, una defensa de los pacientes oncológicos. Dichas consecuencias pueden traducirse en serios problemas emocionales para el enfermo oncológico: se crea una barrera de comunicación y se inhabilita al paciente para que pueda cerrar asuntos importantes que él podría resolver (testamento, aspectos emocionales,...). Dicha situación puede aportar dificultades en el paciente y en el cuidador familiar para la elaboración de su proceso de duelo.

La música como agente relajante y por su función comunicativa proporciona al paciente oncológico la capacidad de expresar sus emociones y sus preocupaciones facilitando así su expresión de inquietudes, sentimientos espirituales, dudas, angustia, miedo e interrogantes sobre el sentido existencial. La experiencia

activa y pasiva de la música, ayuda, directamente, al bienestar del paciente y del cuidador principal; indirectamente, tiene efecto relajante y diverge la atención de los estímulos que provocan el estrés (Gómez Sancho, 1998; Magill, 2009).

En la mayoría de las técnicas de intervención musicoterápica utilizadas en los pacientes oncológicos de cualquier edad para la expresión de emociones es la participación activa a través de la producción musical propia, bien con la voz o con ayuda de instrumentos de fácil manejo, utilizando el lenguaje musical como medio de comunicación y el musicoterapeuta extrae la información necesaria que permite establecer objetivos específicos para cada paciente en función de sus necesidades y características. Con estas sesiones se pretende mitigar el impacto emocional del diagnóstico y la evolución de la enfermedad, favorecer la adaptación a la nueva realidad, aumentar la autoestima, aumentar el control de la situación y facilitar la comunicación.

3.5. EJES DE ACTUACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN EL CUIDADOR PRINCIPAL.

3.5.1 CUIDADOS MUSICALES AL CUIDADOR PRINCIPAL

De manera general, los cuidadores o familiares están en permanente contacto con pacientes enfermos. Los cuidadores son un colectivo de alto riesgo debido a su continuo contacto con las situaciones de necesidad que viven aquellas personas a quienes prestan servicio. A ello se añade su alto grado de implicación emocional. En casos extremos, el desgaste y la fatiga emocional pueden hacer mella en su salud y llevarles a padecer burnout, un síndrome que se puede solucionar si se aborda a tiempo. Ante esta problemática hay escasos



estudios sobre el abordaje de la música en el estrés del cuidador.

En el cuidado y tratamiento del paciente con cáncer, el musicoterapeuta de vez en cuando imparte sesiones en presencia de los cuidadores. La música contribuye ventajas para el cuidador aportando efectos beneficiosos a través de la ilustración de sus experiencias vividas y el impacto psicosocial en su contexto. Para ello se sirve de unas estrategias simples de musicoterapia en sus sesiones con los pacientes de cáncer: el uso de la voz como medio de comunicación, la creación de grabación de audios, escuchar música. Para ellos la música es comodidad, alegría, alivio de angustia, significado emocional, belleza estética y paz (Maggill, 2009).

Trallero Flix y Oller Vallejo en su libro "Cuidados musicales para cuidadores", publicado en el año 2008, aplican un innovador método denominado Musicoterapia Autorrealizadora Creativa (MTA) basado en la improvisación con instrumentos musicales y voz de forma grupal.

Este método se ha puesto en marcha recientemente, como proyecto piloto, en diversos Servicios de Oncología destinado para los familiares y cuidadores de pacientes oncológicos. El propósito de este estudio es examinar los efectos de cuidador implementadas en las

aplicaciones de música en la colaboración con su receptor del cuidado. Y no hay todavía resultados al respecto.

Se concluyen que las aplicaciones de la musicoterapia son eficaces para aumentar el compromiso mutuo en la pareja paciente-cuidador que reciben cuidados.

3.5.2. EL DUELO Y LA PÉRDIDA EN EL CUIDADOR PRINCIPAL O FAMILIAR

El dolor por la pérdida de un ser querido es el período de sufrimiento y duelo después de una muerte. El llorar a alguien es una parte del proceso normal de reacción ante una pérdida. El sufrimiento puede experimentar como una reacción mental, física, social o emocional. Las reacciones mentales pueden incluir el enojo, la culpabilidad, ansiedad, tristeza y desesperación. Las reacciones físicas pueden incluir problemas para dormir, cambios en el apetito, problemas físicos o enfermedades.

En mi búsqueda de recursos bibliográficos, he podido contemplar que existen escasos datos acerca del abordaje del duelo a través de la Musicoterapia. El trabajo de la música en el duelo, en el que el cuidador está particularmente vulnerable, debemos ser extremadamente cuidadosos (Ballesteros, 2010) ya que implica el riesgo de poder abrir heridas, que el propio terapeuta no tenga cerradas.

El trabajo con la música lo ha de hacer el cuidador, pero será labor del terapeuta experimentar, investigar, discutir, hablar y buscar las razones por las que el paciente no consigue motivarse, expresarse o implicarse en el proceso.

Las actividades basadas en la Musicoterapia Creativa para la intervención del duelo son la improvisación con instrumentos musicales, canto, composición, construcción de instrumentos, danza, dibujo, etc., planteadas por la



musicoterapeuta y psicóloga Raquel Ballesteros en su libro “Musicoterapia y psicología aplicadas al duelo y la pérdida”:

- Liberación y transformación emocional (a través de la improvisación). Se le pide al cuidador que piense en un sonido que pueda representar la emoción que tiene en esos momentos y que marque aquellos adjetivos que defina esa sensación o emoción. Posteriormente que lo exprese mediante un instrumento musical que él desee y a través de la improvisación.
- Biografía musical del fallecido (selección musical y audición activa). Se le pide al cuidador o al familiar que construya la biografía de la persona fallecida a través de canciones preferidas de este último, letras que resulten significativas para él para con posterioridad animar a que haga un recopilatorio en un CD estas canciones y las escuche.
- Autobiografía musical del cuidador o familiar (selección musical y audición). Se le pide al doliente que construya su autobiografía a través de canciones, sobre todo prestar atención a la pérdida de su ser querido.
- Canción de adiós (audición, análisis de letras, composición). Se selecciona canciones de

despedida, reflexionar acerca de ella y, adaptar la canción a su situación personal acorde a sus necesidades y situación actual.

Una vez finalizada cada una de las actividades es necesario canalizar y “poner en su lugar” las emociones que han surgido (Ballesteros, 2010)

Para la realización de las mismas se basó en manuales de diferentes disciplinas como arteterapia, psicología cognitiva, Gestalt, teatroterapia etc...

3.6 . NECESIDAD DE NORMAS Y PRINCIPIOS ÉTICOS APLICADOS A LA MUSICOTERAPIA

Toda relación terapéutica conlleva un comportamiento ético. La actividad que realiza el musicoterapeuta constituye un acto de responsabilidad, ya que derivan beneficios y riesgos.

Las actividades musicoterapéuticas deben estar reguladas éticamente, porque benefician al paciente y a los profesionales de la musicoterapia.

Los principios de ética y deontología que deben regir la actuación del musicoterapeuta son autonomía del paciente (información, consentimiento), beneficencia, no-maleficencia y justicia.

3.6.1 PRINCIPIO DE AUTONOMIA DEL PACIENTE

El paciente puede y debe ser informado sobre las distintas fases de tratamiento, conociendo en todo momento los beneficios y riesgos de la terapia que realiza, la duración del tratamiento, el método de trabajo empleado y sus características así como los objetivos previstos en cada momento.

Dicho principio se basa en el respeto de la sociedad para la capacidad de los individuos

a tomar decisiones informadas sobre asuntos personales.

3.6.2 PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

En el contexto médico, esto significa tomar acciones que sirvan a los mejores intereses de los pacientes. El principio de beneficencia se traduce en que se tiene que hacer el bien a las personas, teniendo en cuenta que el concepto de “bien” es subjetivo, con lo cual “nuestro bien” no tiene porque coincidir con el “bien” del otro; por eso es preciso comunicarse de forma efectiva con la persona, descifrar su voluntad y respetarla.

3.6.3 PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA

El principio de la no maleficencia supone que no se puede hacer daño al otro, incluso siendo éste el que nos lo pida y obliga a tratar a las personas con igual consideración y respeto.

3.6.4 PRINCIPIO DE JUSTICIA

La musicoterapia es un bien escaso; debería tener acceso a todo lo que necesiten, dentro de sus posibilidades económicas de la sociedad. En conclusión, se debe potenciar centros de asistencia gratuitos (por ejemplo dentro de la seguridad social) para casos de demostrada eficacia en el campo de la Oncología.

4. CONCLUSIONES

La musicoterapia como terapia complementaria aplicada al ámbito sanitario está en vías de desarrollo, aunque todavía quede un largo camino por recorrer. Esta terapia nunca fue, es y será un sustituto de la terapia farmacológica sino más bien como un complemento. Aplicar terapia musical a un paciente oncológico precisa de una valoración general previa muy cuidadosa bajo la supervisión de una enfermera formada en Musicoterapia en con-

tinua interrelación con el equipo interdisciplinar de la Unidad donde permanece el paciente.

La terapia musical está indicada para todo paciente oncológico (desde la patología más moderada hasta la más grave, e incluso en fase agónica) siempre teniendo en cuenta su gravedad, su pronóstico y estado general. Es una terapia segura y carente de efectos secundarios.

Científicamente está demostrado que la musicoterapia reduce los niveles de intensidad de dolor y la necesidad de opiáceos, pero la magnitud de estos beneficios es pequeña y, por lo tanto, su importancia clínica es incierta. Otros estudios sostienen que con la musicoterapia facilita la expresión de emociones, preocupaciones, inquietudes, sentimientos espirituales, dudas, angustia, miedo e interrogantes sobre su sentido existencial, que contribuirá una mejor aceptación y buen desarrollo de los diferentes tratamientos sometidos al paciente oncológico como la quimioterapia, radioterapia, cirugía o trasplante de médula ósea).

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aldridge, D. (2003) The development of music therapy research as a perspective of complementary medicine. [En: Olesen, S. and Hog, E. Alternative Therapy 3: Communication in and about alternative therapies, Odense: Odense University Press, 64-72].
- Almansa Martínez, P. (2003, Mayo) La terapia musical como intervención enfermera. Enfermería Global, 2 [disponible en: www.um.es].
- Ballesteros Cabós, R. (2010). Musicoterapia y psicología en el duelo y la pérdida. 1ª Edición (en línea). Barcelona. ISBN: 978-1-4457-2566-6. Registro propiedad intelectual B-2064-10 [Recuperado el 26 de abril de 2010, de <http://www.lulu.com/product/descarga-de-archivo/musicoterapia-y-psicolog%C3%ADa-aplicadas-al-duelo-y-la-p%C3%A9rdida/6484501>]
- Bartlett, D., Kaufman, D., Smeltekop, R. (1993) The effects

- of Music Listening and Perceived Sensory Experiences on the Immune system as measured by interleukin-1 and cortisol. *Journal of Music Therapy*, 30: 194-209.
- Barthomieu, A. *Oncología y Musicoterapia* [en: CD-ROM Revista de Musicoterapia "Música, terapia y comunicación" (2004) Especial Musicoterapia y Cáncer, 24. Vitoria-Gasteiz].
 - Betés del Toro, M. *Ética y deontología*. [en: Betés del Toro, M. (2000) *Fundamentos de musicoterapia*. Ed. Morata: Madrid].
 - Cepeda, M.S., Carr, D.B., Lau, J, Álvarez, H. (2008). *Música para el alivio del dolor* (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
 - Cichetti, MV. (2009) *Musicoterapia en Cuidados Paliativos*. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Circular n° 15. ALCP: Buenos Aires.
 - Die Trill, M. (2006, Septiembre). *Impacto psicosocial en el cáncer*. *Revista Contigo* (Psicooncología), 6. [Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/revista_contigo/n_6/psicooncologia.pdf]
 - Dileo, C., & Bradt, J. (1999). *Entrainment, resonance and pain-related suffering*. In: C. Dileo (Ed.), *Music Therapy and Medicine: Clinical and Theoretical Applications*. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association.
 - Downer, SM., Cody, M.M., McCluster, P., Wilson, P.D., Arnott, S.J., Lister, T.A & Slevin, M.L. (1994) *Pursuit and practice of complementary therapies by cancer patients receiving conventional*. *British Medical Journal*, 309, 86-89.
 - Evans, D. (2002). *The effectiveness of music as an Intervention for hospital patients: a systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (1): 8-18. (Center Institute Joanna Briggs).
 - Ezzone, S., Baker, C., Rosselet, R., Terepka, E. (1998, October). *Music as an adjunct to antiemetic therapy*. *Oncol Nurs Forum*. 25 (9):1551-6.
 - Gillen, E., Biley, F., Allen, D. (2008) *Effects of music listening on adult patients' pre-procedural state anxiety in hospital*. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*; 6(1): 24-49.
 - Gómez Sancho, M. (1998) *Cuidados Paliativos*. Vol 1, p. 516 (disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/jornadas2004/delcampo.htm>).
 - Guevara-López, U., Covarrubias-Gómez, A., Ochoa-Carrillo, F.J., Fernández-Orozco, A., Bernal-Sahagún F. (2006) *Parámetros de práctica para el manejo del dolor en cáncer*. *Cir Ciruj*; 74:381-396 [Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc065m.pdf>]
 - Hanser, S. (2002) *Music therapy as complementary medicine*, *Music Therapy Today* [Disponible en: <http://www.musictherapyworld.de/modules/mmmagazine/issues/20020328090455/20020328101621/Hanser.pdf>]
 - Hanser, S. (2008, Julio) *Can Music Make Us Healthy? The Psychoneuroimmunology of Music*. [En: XII Congreso Mundial de Musicoterapia, ed. Akadia: Buenos Aires.]
 - Johnson, M; Bulechek, G; et al. (2002) *Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC*. Madrid: Ediciones Harcourt.
 - Levitin, D. J., McGill, J. (2007) *Life Soundtracks: the uses of music in everyday life*, unpublished, Dept. of Psychology McGill University.
 - Maté, J, Hollestein, M.F, Gil, F.L. (2004) *Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico*. *Psicooncología* 1 (2-3), pp, 211-230.
 - Magill, L. (2009, Spring). *Caregiver empowerment and Music Therapy: through the eyes of bereaved caregivers of advanced cancer patients*. *Journal of Palliative Care*; 25, 1.
 - Nightingale, F. (2005). *Notas de enfermería*. Barcelona: Salvat.
 - O'Callaghan, C., Sproston, M., Wheeler, G., Willis, D., Wilkinson, K., Milner, A., Walcher, V., Grocke, D. (2007) *Efecto de música auto-seleccionada sobre la ansiedad de los adultos durante su primer tratamiento de radioterapia*. [En: Abstracts XII Congress World of Music Therapy. Buenos Aires: Ed. Akadia. Pp 390 (Buenos Aires, 22-26 julio 2008)].
 - Porchet-Munro, S. *Music therapy*. (1996). [En: Doyle, D., Hanks, G., Cherny, N & Calman, K. *Oxford Textbook*

- of Palliative Medicine. Oxford: Ed. Oxford University Press, 555-559].
- Rodríguez Castro, M. (2005). El papel de la musicoterapia en los Cuidados Paliativos. [En: Astudillo, W. A., Casado da Rocha, A y Mendinueta, C. Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad. San Sebastián: SOVPAL].
 - Rodríguez Pérez, M., Rojas Ocaña, M. J., Abreu Sánchez, A., Rodríguez Rodríguez, J.B. (2002) La enfermería y el presente de las terapias complementarias. Rev ROL Enf; 25(4):10-11.
 - Rodríguez Roldán, L., Díaz García, S., Seguí Fraile, C., Delgado González, AB. (2003). La musicoterapia. Una terapia complementaria para los pacientes terminales. Rev. Educare21. [Disponible en: http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2003/03/3031.pdf]
 - Sabatella, P. (2004) Music Therapy in Spain. Voices: A World Forum for Music Therapy. [Disponible en http://www.voices.no/country/monthspain_march2004.html]
 - Smith, M., Casey, L., Johnson, D., Gwede, C., Rigglin, O. (2001) La música como una intervención terapéutica para la ansiedad en los pacientes que recibieron terapia de radiación. Oncol Nurs Foro, 28 (2): 855-62.
 - Sobrín Valbuena, CV. (2005 Dic) Las Terapias Naturales entran en escena en Enfermería. Excelencia Enfermera; 2 (12).
 - Takahashi, T. (2007) Examination of the effect of music therapy on cancer patients before/after operations. [En: Abstracts XII Congress World of Music Therapy. (Buenos Aires, 22-26 Julio 2008). Buenos Aires: Ed. Akadia. Pp 45].
 - Trallero Flix C. (2004) Musicoterapia creativa en pacientes con cáncer: un método para disminuir la ansiedad y el estrés. Revista Virtual Psiquiatría.com. Febrero.
 - Trallero Flix C. (2006, marzo). Musicoterapia: los efectos de la música en situaciones de dolor crónico. Reu+ Revista de la Lliga Reumatològica, pp 16-19.
 - Trallero Flix, C & Oller Vallejo, J. (2008) "Cuidados musicales para cuidadores". Ed. Desclee de Brouwer: Bilbao.
 - Zain J. (2008) El uso de cuencos tibetanos como recurso en musicoterapia receptiva. [En: Abstracts XII Congress World of Music Therapy. (Buenos Aires, 22-26 Julio 2008)].

ANEXO I.

ACTITUDES DE UN TERAPEUTA MUSICAL

ACTITUDES A EVITAR

- Mostrar una actitud directiva.
- Poner etiquetas o nombre a sus sentimientos ("esto está bien", "esto está mal", "¿cuánta tristeza sientes?")
- Usar frases del tipo "deberías".
- Mostrarnos impacientes ante la falta de avance y progreso del paciente.
- Usar frases estereotipadas de consuelo, del tipo "ya pasará, el tiempo lo cura todo", "la vida es así", "todo saldrá bien".

ACTITUDES A FOMENTAR

- Mostrarnos abiertos a hablar de nuestras pérdidas. ("he pasado por experiencias similares y comprendo como te sientes".
- Abrir la puerta a la comunicación.
- Mostrar una actitud sosegada y relajada.
- Mantener una actitud de escucha y atención a las distintas señales verbales y no verbales del paciente.
- Fomentar la actitud colaboradora del paciente.
- Mostrar cercanía y proximidad física.
- Respetar la resistencia del paciente.

Teoría y Método

Aplicación del modelo de adaptación de Roy a un cliente pediátrico en el ambiente hospitalario*

Application of the Roy adaptation model on a pediatric client in a hospital environment

Aplicação do modelo de adaptação de Roy a um cliente pediátrico no cenário hospitalar

¹Renata Pereira de Melo, ²Marcos Venícios de Oliveira Lopes, ³Thelma Leite de Araujo, ⁴Marli Teresinha Gimenez Galvão

¹Enfermera. Máster en Enfermería.

²⁻³⁻⁴Enfermero(a). Doctor(a). Profesor(a) adjunto del Departamento de Enfermería. Universidad Federal de Ceará (UFC), Fortaleza (CE), Brasil.

**Estudio desarrollado como requisito de la asignatura "Aspectos Críticos del Proceso de Cuidar en Enfermería" del Programa de Pos graduación en Enfermería del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará.*



Application of the Roy adaptation model on a pediatric client in a hospital environment

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the application of the Roy Adaptation Model in the care of a child admitted in a hospital. To develop it was considered the informed consent of the child and his attending. The child was followed up daily during four days. The evaluation of the first level allowed to establish

the basal state, to identify potencial adaptation problems and to follow the daily evolution of the child. From the second evaluation level the adaptation problems were identified: Constipation and Disrupted skin integrity/Itching/Infection. Based on identified stimuli and on established goals intervention activities were selected and ordered: Administration of cutaneous medication and Control of constipation. On the last follow up day injuries were without secretion and most of them healed. The appetite was preserved with an increase in the amount of liquids intake and inclusion of fibers in the diet. Anyway the child remained without evacuation. It was perceived as limitations of the study: child's difficulty in understanding the questions and verbalizing his needs and also it has to be considered as flaw the restricted number of adaptation problems which do not include all diagnosis listed by NANDA.

Keywords: Nursing theory. Adaptation. Child.

Aplicação do modelo de adaptação de Roy a um cliente pediátrico no cenário hospitalar

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar a aplicação do modelo da adaptação de Roy no cuidado a uma criança internada em um hospital. Para seu desenvolvimento considerou-se o consentimento informado da criança e seu responsável. O acompanhamento foi realizado, diariamente, durante quatro dias. A avaliação de primeiro nível permitiu estabelecer o estado basal, identificar os possíveis problemas de adaptação e acompanhar a evolução diária da criança. A partir da avaliação de segundo nível identificaram-se os problemas de adaptação Constipação e Lesão/Prurido/Infecção. Com base nos estímulos identificados e nas metas estabelecidas seleccionaram-se e ordenaram-se actividades da intervenção: administração de medicamentos: cutânea e Controle da constipação/impactação. No último dia de seguimiento as lesões encontravam-se sem secreção e, a maioria, cicatrizadas. O apetite estava preservado, com aumento da quantidade de líquidos e instituição de fibras na dieta. Mesmo assim a criança permaneceu sem evacuar. Percebeu-se como limitações do estudo: a dificuldade da criança em compreender os cuestionamentos e verbalizar suas necesidades e como falha, o número restrito de problemas de adaptação, os quais não abrangem a totalidad de diagnósticos listados pela NANDA.

Palavras-chave: Teoria de enfermagem. Adaptação. Criança.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la aplicación del modelo de adaptación de Roy en el cuidado de un niño ingresado en un hospi-

tal. Para desarrollarlo se consideró el consentimiento informado del niño y de su responsable. El seguimiento se realizó diariamente, durante cuatro días. La evaluación del primer nivel permitió establecer el estado basal, identificar los posibles problemas de adaptación y acompañar la evolución diaria del niño. A partir de la evaluación del segundo nivel se identificaron los problemas de adaptación: Estreñimiento y Lesión/Prurito/Infección. Basado en los estímulos identificados y en las metas establecidas se seleccionaron y se ordenaron actividades de intervención: administración de remedios cutáneos y control del estreñimiento. En el último día del prosegimiento las lesiones estaban sin secreción y, la mayoría de ellas, cicatrizadas. El apetito estaba preservado, con aumento de la cantidad de líquidos e inclusión de fibras en la dieta. Asimismo el niño permaneció sin evacuar. Las limitaciones detectadas en este estudio son: la dificultad del niño en comprender los cuestionamientos y verbalizar sus necesidades, como también hay que considerar como falla, el número restricto de problemas de adaptación, los cuales no abarcan la totalidad de diagnósticos listados por la NANDA.

Palabras clave: Teoría de enfermería. Adaptación. Niño.

INTRODUCCIÓN

La comprensión del concepto de cuidar, definido por Horta (1979) como la esencia de la enfermería, a lo largo del tiempo, ha vivido cambios derivados de la necesidad de fundamento científico exigido por la profesión. Por eso su concepto evolucionó, de ser considerada una actuación meramente mecanicista y caritativa pasó a ser una acción con base científica añadida a una concepción holística y humanística del cuidar (Vieira, 1999).

Como respuesta a esa demanda y apoyándose en el método científico, como instrumento básico, se desarrollaron las etapas organizadas, relacionadas entre sí y dinámicas, denominadas proceso de enfermería. Estas etapas están compuestas por investigación, diagnóstico, planificación, implementación y evaluación (Alfaro-Lefevre, 2005; Horta & Castellanos, 1979; Sampaio & Pellizetti, 1996).

De acuerdo con García, Nóbrega & Carvalho (2004), al mencionar Pesut y Herman, el proceso de enfermería, así como la propia profesión, pasó por transiciones, las cuales fueron ocasionadas por el nivel de conocimiento y por factores actuantes, representativas de cada época.

Así, la prioridad del cuidado, inicialmente direccionada a la identificación y resolución de problemas predominantemente fisiológicos, evoluciona debido a la exigencia de caracterizarse y reglar el lenguaje usado por la profesión. Esa necesidad determinó el desarrollo de clasificaciones de diagnósticos de enfermería y su aplicación por medio del raciocinio crítico, además de la especificación y test de los resultados, lo que requiere constante evaluación (García, Nóbrega & Carvalho, 2004).

Sin embargo, aunque desempeñado de modo sensato, basado en raciocinio crítico y metodología científica, el acto de cuidar no abarcaba únicamente una actuación específica de enfermería. Por eso, se desarrollaron modelos conceptuales y teorías de enfermería como forma de diferenciar esa actuación, así como orientar y justificar su práctica. Como actividad relativa al modelo de resolución de problemas, tal cuidado necesitaba utilizar el proceso de enfermería, fundamentado en teorías enfermeras. Para eso, se buscó en la filosofía y en las demás ciencias, las conjeturas y bases conceptuales para definir y cualificar el cuida-



do de enfermería (Lopes, Araújo & Rodrigues, 1999).

Según Falk-Rafael (2005), las teorías son el fundamento que provee la práctica de enfermería. Se adaptan a los cambios en el tiempo y están sometidos a incorporar significados diversos, evolucionando en sus conceptos. Son entidades que promueven el apoyo para la práctica, siendo reforzadas por ésta.

En este contexto, entre otras teorías, el modelo de adaptación de Callista Roy, inicialmente desarrollado en el final de la década de 60 del siglo pasado, considera como elementos esenciales en el cuidado, la persona, el ambiente, la salud y la meta de la enfermería (Roy & Andrews, 1981; Roy, 2009). Según esta autora, el individuo, familia o comunidad, están en constante interacción con el ambiente, sea éste externo y/o interno al mismo, y está sometido a diferentes estímulos. Éstos, a su vez, pueden ser de origen externa y / o interna, a los cuales se responde de modo satisfactorio o adaptable, visando mantener su integridad, o de modo ineficaz.

Tales estímulos ambientales, presentados en forma de comportamientos observables, mensurables y / o relatados, pueden ser focales, confrontando directamente al individuo; contextuales, comprendiendo otros estímulos, que contribuyen para el comportamiento; o residuales, cuyos efectos no son notados y confirmados por el individuo.

Con el propósito de promover respuestas adaptables y garantizar la integridad de objetivos del sistema humano, el individuo utiliza mecanismos de defensa innatos o adquiridos. Estos mecanismos son denominados subsistema regulador (procesos de resistencia endócrina, química y nerviosa) y subsistema cognitivo (proceso de información perceptiva, aprendizaje, evaluación, y emociones personales).

Para evaluar las respuestas o comportamientos resultantes de los estímulos ambientales, al ser imposible la observación directa del funcionamiento de los subsistemas regulador y cognitivo, Roy desarrolló una estructura organizada en cuatro modos de adaptación. Estos comprenden el modo físico (para grupos) y fisiológico (para individuos), modo de identidad de grupo (para grupos) y auto concepto (para individuos), modo de función de papeles y modo de interdependencia (los dos últimos aplicados a grupos e individuos).

El modo fisiológico comprende los procesos físicos y químicos implicados en el funcionamiento y las actividades de vida de los organismos. Ese modo se compone de cinco necesidades relativas a la necesidad básica de “integridad fisiológica” (oxigenación, nutrición, actividad y reposo, protección), y cuatro procesos complejos inherentes a los sentidos, fluidos, electrolitos, función neurológica y función endócrina.

El modo de auto concepto comprende la necesidad básica de “integridad física”, formada por el YO físico (sensación del cuerpo y la imagen de si) y por el YO personal (auto conciencia, auto ideal, además del yo-moral, ético y espiritual). El modo de función o papel abarca la necesidad básica de “integridad social”, relacionándose con los papeles que el individuo ocupa en la sociedad y a la conducta

que se espera del mismo con relación a otras personas.

Finalmente, el modo de interdependencia, el cual involucra la necesidad básica de “adecuación emocional”, trata de los cambios o interacciones mantenidas en un relacionamiento, como dar y recibir amor, respeto y valor.

Para establecer la adaptación, son necesarios uno o más estímulos, los cuales pueden influenciar uno o más modos adaptables concomitantemente. Además, todos los modos pueden ser estimulados por un mismo estímulo focal o cada uno por estímulos diferentes, siendo que dicha estimulación podría de algún modo desencadenar, a su vez, estímulo para otro modo adaptable.

En esa perspectiva, cabe a la enfermería proporcionar los medios para alcanzar respuestas satisfactorias o adaptables, por medio del establecimiento conjunto de metas con el cliente y/o acompañante, teniendo en vista que este participante es activo en la obtención de una respuesta positiva o adaptable.

Por concentrar el foco del cuidado en la obtención de respuestas adaptables, el modelo de Roy es pasible de implementación en el contexto de un hospital. Esto se debe a la presencia de los estímulos que determinaron la alteración en la función fisiológica, al ingreso y las posibles alteraciones en la función de papel, auto concepto e interdependencia que este ambiente proporciona.

Sobre la clientela infantil-juvenil, la necesidad de tales adaptaciones involucra al acompañante, el cual convive con la enfermedad de su ente y pasa a convivir en nuevo ambiente y a desempeñar un nuevo rol. Ocurre lo mismo con los demás componentes de la familia que permanecieron en el domicilio.

La inserción de la familia en el ambiente del hospital demanda, por parte de la enfer-

mería, un planteo más amplio. Este planteo debe involucrar las necesidades de información sobre las condiciones del estado de salud del niño e instrucción para colaboración en el cuidado, solicitada por los padres (Sabatés & Borba, 2005).

Por otro lado, los cuidados de enfermería no deben restringirse al ambiente del hospital. Deben comprender orientaciones que tengan en vista promover el cuidado en el domicilio, considerando las condiciones sociales, económicas, ambientales y culturales específicas de cada cliente/paciente. Considerando lo expuesto, este estudio tuvo por objetivo evaluar la aplicación del Modelo Adaptable de Roy cuando se trata del cuidado con el niño en el ambiente de un hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de caso clínico que se desarrolló en un hospital que ofrecía atendimento en ambulatorio pediátrico en la ciudad de Fortaleza, nordeste de Brasil. Este tipo de estudio busca fundamento científico para sus problemas y necesidades, con el intuito de que se permita elegir la estrategia ideal para solucionar el problema identificado, su aplicación y evaluación (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Participó del estudio un niño hospitalizado en la clínica pediátrica del citado hospital. Tanto el niño como su responsable, permitieron la realización del estudio después de puestos en claro sus objetivos y métodos, a través de autorización bajo el Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. El niño nunca había pasado, hasta entonces, por la experiencia de un ingreso, hecho que interfiere en la manera de enfrentarlo; estuvo acompañado durante todo el período de hospitalización, lo que permitió la participación y comprometimiento del responsable en el cuidado; y permaneció hospi-

talizado por más de 48 horas, tiempo necesario para la evolución del plan implementado.

Para realización de la investigación se siguió al niño diariamente durante el período correspondiente a su hospitalización (cuatro días). En el segundo día de seguimiento se realizó el examen físico y la evaluación de primer nivel o de comportamiento del niño con el fin de establecer el estado basal, identificar sus posibles problemas de adaptación y acompañar su evolución diaria. Esta evaluación abarcó datos sobre el comportamiento del individuo y el estado actual de adaptación en los cuatros modos de adaptación.

Además de lo mencionado, se realizó la evaluación de segundo nivel o de estímulos ambientales, externos o internos al niño. Después de identificados los problemas de adaptación y formulados los diagnósticos, estos fueron confirmados con el niño y su responsable. Se utilizaron los diagnósticos de enfermería equivalentes en la taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), cuyos factores relacionados corresponden al estímulo focal y las características definitorias, a los comportamientos (Lopes, Araújo & Rodrigues, 1999).

A continuación se establecieron en conjunto con el niño y el responsable las metas del plan de cuidados, las cuales contenían, además del comportamiento a ser observado, la forma cómo éste debería cambiar y la extensión del tiempo en el que la misma debería lograrse.

Dichos cuidados se implementaron aún en el tercer encuentro, basado en la Nursing Interventions Classification (NIC). Para esto, se consideró la participación del niño y/o responsable en la selección de los cuidados pretendiendo intervenir en los estímulos determinantes del comportamiento ineficaz. Las actividades de cuidado eran realizadas diaria-



mente, así como la evaluación de ellas con el fin de precisar la evolución del cliente. En ese caso, se mantenían los cuidados de enfermería planificados, cuando la intervención presentara resultados efectivos según las metas establecidas inicialmente. Si acaso eso no ocurriera, era realizada nueva evaluación para identificar posibles fallas. Además, si se identificaran otras necesidades, las metas de enfermería deberían modificarse y posteriormente, evaluarse.

Para evaluar al niño se utilizó un impreso que contenía cuestiones abiertas y cerradas sobre los datos sociales/demográficos, medidas antropométricas y signos vitales del niño, además de los datos sobre los cuatro modos de adaptación de Roy (Christensen & Kenney, 1995).

Este estudio se realizó mediante sumisión y aprobación del Comité de Ética en Pesquisa de la institución responsable.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo con la evaluación inicial se identificaron los problemas de adaptación Estreñimiento y Lesión/Prurito/Infección. Tales problemas equivalen en la taxonomía II de la NANDA al Estreñimiento y al Deterioro de la integridad cutánea.

Según Roy (2009), el Estreñimiento incluye un problema de adaptación que pertenece

a la necesidad básica de integridad fisiológica de Eliminación. Es definida como condición en la cual la materia fecal en el intestino es muy dura para pasar con facilidad o estado en el cual el peristaltismo es tan inconstante que ocasiona síntomas incómodos. En el niño acompañado en este estudio, el estreñimiento se comprobó por el relato de esfuerzo y dolor en la evacuación, heces duras y secas, frecuencia disminuida y masa abdominal palpable. Como estímulos focales determinantes de ese problema se han identificados la ingestión de líquidos y de fibras insuficientes.

El problema de adaptación “Deterioro de la integridad cutánea” ha sido evidenciado por ruptura de la superficie de la piel y presentó como estímulo focal la presencia de infección bacteriana. Dicho problema pertenece a la necesidad básica fisiológica de Protección. De acuerdo con Roy (2009), la piel íntegra configura un proceso de defensa no específico o inmunidad innata, puesto que representa una barrera anatómica contra patógenos y otras sustancias nocivas para el organismo.

Ambos diagnósticos han sido confirmados por el niño y su responsable, los cuales priorizaron el cuidado de las lesiones, estableciendo como meta que no surgieran nuevas lesiones y que las mismas no presentasen secreción hasta el día que el niño recibiera alta del hospital. Como modo de intervenir en los estímulos identificados, se seleccionaron y se ordenaron, junto con el niño y su responsable, las siguientes actividades de la intervención Administración de remedios - cutánea: determinar la condición de la piel del paciente sobre el área en que será aplicado el remedio; enseñar y monitorear la técnica de la administración; monitorear los efectos locales del medicamento; y documentar la administración del remedio y la respuesta del paciente.



Para la intervención Control del Estreñimiento / impacto han sido elegidas y ordenadas las actividades: identificar los factores que puedan contribuir para el estreñimiento; explicar la etiología del problema y el fundamento para las acciones con el paciente; estimular el incremento de ingestión de líquidos; orientar al paciente/familia sobre la dieta con alto nivel de fibras, cuando apropiado; orientar al paciente/familia para que registre volumen, color, frecuencia y consistencia de las heces; consultar al médico si hay muestras y síntomas persistentes de estreñimiento.

Como indicadores de adaptación positiva en el modo fisiológico direccionados a los problemas de adaptación identificados, se incluyeron: Procesos intestinales efectivos y Piel íntegra.

Las actividades de identificación de los factores determinantes del problema de adaptación y de orientación han sido implementadas solamente en el primer contacto con el niño y su responsable. Aquellas relacionadas a la manipulación, evaluación del estado de salud, desempeño de actividades y documentación han sido realizadas en todos los días del seguimiento.

Así, diariamente, se evaluaba la condición de la piel del niño cuanto a la coloración, perfusión, hidratación, textura, presencia de

nuevas lesiones, drenaje de secreción por las lesiones, signos de cicatrización, dolor, prurito y signos de reacción adversa a la medicación tópica. Además, se le enseñó al responsable y se evaluó en los días de proseguimiento la aplicación, durante el baño, de la medicación tópica de acción bactericida y cicatrizante, la cual se entregaba diluida para aplicarla en las lesiones del niño, debiendo protegerse la región de los ojos.

Sobre el estreñimiento, se solicitó al responsable la descripción de la alimentación del niño anteriormente al ingreso, así como la descripción de las comidas ofrecidas en la institución. A partir de esto, se identificó la nutrición inadecuada, pobre en fibras y líquidos, relatada al responsable como posible determinante del cuadro de estreñimiento. De esa forma, se resaltó la importancia de la adaptación en la dieta del niño. Además, diariamente, se planteaba la cuestión del apetito del niño, la aceptación de la dieta ofrecida en la institución y el surgimiento de evacuación. Con relación al responsable, se le orientó a observar la evacuación del niño en lo que se refiere a su consistencia, color, olor, presencia de moco o sangre y relato del niño sobre dolor.

En cuanto a las lesiones, en el último día del seguimiento, estaban sin secreción y, la mayoría de ellas, cicatrizadas. Hasta este período no surgieron nuevas lesiones. El apetito estaba preservado, con ingestión de cuatro a cinco vasos de agua diariamente, además de zumo, frutas y legumbres. Sin embargo, mismo con la inclusión de fibras y aumento de la cantidad de líquidos en la dieta del niño, él permaneció sin evacuar. Examen físico con abdomen plano, flácido, ruidos hidra-aéreos presentes y masa palpable en el hipocondrio izquierdo.

Al recibir la alta, se solicitó al médico responsable que lo encaminase al ambulatorio

con nutricionista para ser atendido, con el propósito de evaluación y orientación de dieta acorde con la situación financiera y con las preferencias alimentarias del niño. Sin más, se le entregó al responsable por el niño, el medicamento necesario para que éste pudiese continuar el tratamiento en su domicilio.

CONSIDERACIONES FINALES

Se consideró como posible dificultad en el uso de este modelo la limitación del niño en comprender los cuestionamientos realizados y verbalizar sus necesidades, además de una posible inducción de la madre en las respuestas del niño, lo que generó resultados tendenciosos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro-Lefevre, R. (2005). Aplicación del proceso de enfermería: promoción del cuidado colaborador. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Christensen, P. J. & Kenney, J. W. (1995). Nursing process: application of conceptual models. St Louis: Mosby.
- Falk-Rafael, A. (2005). Advancing nursing theory-guided practice: the emergence of a critical caring perspective. *Advances in Nursing Science*, 28(11), 38-52.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A. & Zago, M.M.F. (2003) Guía de instrucción para la elaboración de un estudio de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Garcia, T. R., Nóbrega, M. M. L. & Carvalho, E. C. (2004). Nursing process: application to the professional practice. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 3(2). Recuperado em 16 janeiro, 2007 de <http://www.uff.br/nepae/objn-302garciaetal.htm>.
- Horta, W. A. & Castellanos, B. E. P. (1979). Proceso de enfermería. São Paulo: E.P.U.
- Lopes, M. V. O., Araujo, T. L. & Rodrigues, D. P. (1999). La relación entre los modos adaptables de Roy y la taxonomía de diagnósticos de enfermería de la NANDA. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(4), 97-104.
- Roy, C. & Andrews, H. A. (1981). Teoría de enfermería: el modelo de adaptación de Roy. Lisboa: Instituto Piaget.
- Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model*. New Jersey: Pearson.
- Sabatés, A. L. & Borba, R. I. H. (2005). Las informaciones recibidas por los padres durante la hospitalización del hijo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 968-973.
- Sampaio, L. A. B. & Pellizzetti, N. (1996). Método científico: instrumento básico de la enfermera. São Paulo: Atheneu.
- Vieira, M. J. (1999). La representación del cuidar en la imagen cultural de la enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(5), 25-31.

O processo *Clinical Caritas* de Jean Watson na assistência de enfermagem brasileira: uma revisão sistemática

The process in *Clinical Care Caritas*' Jean Watson in brazilian of nursing: a systematic review

El proceso *Clinical Caritas* de Jean Watson en la enfermería brasileña : una revisión sistemática

¹Nirvania V. Carvalho; ²Dinah Sá Rezende Neta;

³Grazielle Roberta Freitas da Silva; ⁴Telma M. Evangelista de Araújo

¹Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista em Administração em Serviços de Saúde (Administração Hospitalar e Saúde Pública). Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família do município de União-PI e Intensivista do Hospital Getúlio Vargas. Teresina Piauí, Brasil.

²Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPI, Docente do curso de graduação em enfermagem da Faculdade Integral Diferencial (FACID) e Enfermeira Assistencial do Hospital Getúlio Vargas. Teresina Piauí, Brasil.

³Coordenadora do curso de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPI. Teresina Piauí, Brasil.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPI campus Senador Petrônio Portela-Teresina, Piauí, Brasil.



The process in *Clinical Care Caritas*' Jean Watson in brazilian of nursing: a systematic review

ABSTRACT

This systematic review aims at reviewing the implementation of Clinical Caritas processes, reformulation of the theory of human caring: Jean Watson, through published scientific papers. Only five products were found

in the databases LILACS, SciELO, MEDLINE and BDEFN after a rigorous application of inclusion judicious. The results showed that 80% of the publications are from 2006 and 60% performed at the South .The authors are post-graduate nurses who work in academy. O Clinical Caritas was applied in some areas of care in nursing, but there is a need for more productions to apply such an approach to care, yet little known, seeking to improve the of quality patient care and the community.

Keywords: Nursing Theory, Care, Nursing.

El proceso *Clinical Caritas* de Jean Watson en la enfermería brasileña: una revisión sistemática

RESUMEN

Esta revisión sistemática tiene por objetivo revisar la aplicación del proceso Clinical Caritas, la reformulación de la teoría del cuida-

do humano: Jean Watson, a través de trabajos científico. Sólo cinco se encontraron productos en la bases de datos LILACS, SciELO, MEDLINE y BDNF después de la aplicación de rigurosos criterios de inclusión. Los resultados mostraron que el 80% de las publicaciones son de 2006 y el 60% realizados en el Sur. Los autores son enfermeros de postgrado, que trabajan en el mundo académico. Las Clinical Caritas se aplicó en algunas áreas de la atención en la enfermería, pero no hay necesidad de una mayor producción de aplicar este enfoque a la atención, sin embargo, poco conocido, que buscan mejorar la calidad de la atención al paciente y la comunidad.

Palabras clave: Teoría de Enfermería, Atención, Enfermería.

RESUMO

Esta revisão bibliográfica sistemática teve como objetivo analisar a aplicação do Processo Clinical Caritas, reformulação da teoria do cuidado humano de Jean Watson, através de artigos científicos publicados. Apenas cinco produções foram encontradas nas bases de dados LILACS, SciELO, MEDLINE e BDNF, após rigorosa aplicação dos critérios de inclusão. Os resultados mostraram que 80% das publicações são do ano de 2006 e 60% realizadas na região Sul. As autoras são enfermeiras pós-graduadas que atuam na área acadêmica. O Clinical Caritas foi aplicado em algumas áreas da assistência em enfermagem, porém há uma necessidade de mais produções que apliquem essa forma de abordagem do cuidar, ainda pouco conhecida, buscando melhorar a qualidade do cuidado prestado ao paciente e a comunidade.

Palavras-chave: Teoria de Enfermagem, Cuidado, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Teoria é uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado. Elas são essenciais na fundamentação da assistência, nas relações entre os profissionais e clientes e inter-relacionam os quatro conceitos do metaparadigma da Enfermagem: a pessoa, o ambiente/sociedade, a saúde e a enfermagem (George, 2000).

A assistência prestada pelo enfermeiro, com a evolução da enfermagem enquanto ciência, necessita de um embasamento teórico para o alcance de uma melhor qualidade de cuidado prestado ao paciente e a comunidade.

Geralmente, os profissionais da área da saúde não diferem quanto ao objeto e sujeito do cuidar/cuidado, mas sim na forma como os expressam. Mesmo que constitua um atributo para todas as áreas da saúde, no que diz respeito à Enfermagem, o cuidar/cuidado é genuíno e peculiar; e concordando com vários estudiosos no assunto, é razão existencial da Enfermagem, ficando a cura da doença como domínio da medicina (Waldow, Lopes & Meyer, 1995).

Qualquer relação entre enfermeiro-paciente pode ser considerada uma oportunidade em que o “cuidar” pode ser criado ou experimentado, dependendo da consciência, intencionalidade e filosofia (teoria) do cuidado prestado. O cuidado transcende o tempo e o espaço e continua como parte do maior complexo padrão de vida de ambos, o enfermeiro e o paciente (Watson, 2007).

É nesse contexto que as proposições das teóricas de Enfermagem auxiliam a organização e sistematização do cuidado, pois oferecem ao mesmo tempo concepções teórico-filosóficas e um método para implementar a prática. Cabe a cada enfermeiro escolher o referencial que

melhor se articule à sua realidade para torná-lo visível e com resultados positivos ao profissional e ao cliente. Para que o enfermeiro aplique uma teoria de Enfermagem, é necessário mergulhar nas proposições, pressupostos e conceitos da teorista, interagir de forma especial e ter afinidade com a ideologia defendida (Mathias, 2006).

A escolha de uma teoria deve ser orientada por um propósito explícito ou assunto de interesse. Geralmente se escolhe trabalhar com uma teoria a partir das expectativas pessoais (Pessoa, 2006). Partindo do pressuposto de que as autoras desse estudo apresentaram aproximação com a Teoria Transpessoal de Jean Watson, bem como sua recente reformulação, o processo Clinical Caritas, e considerando que essa teoria é abordada em disciplina do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, no qual estão inseridas, surgiu o interesse de divulgar esse processo entre os enfermeiros.

A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, publicada no *Nursing: The philosophy and science of caring*, em 1979, traz como objeto o ser humano valorizado; a saúde como uma harmonia entre a mente, o corpo e alma, e que o cuidar é transmitido através dos tempos pela cultura da profissão de enfermagem (George, 2000). A autora propõe sete pressupostos para a ciência do cuidado e dez fatores de cuidados primários para a formulação da sua estrutura. Ela considera o cuidado como um atributo mais valioso que a Enfermagem tem para oferecer à humanidade e que a doença pode ser curada por meio do cuidado (Watson, 1979).

O enfermeiro, ao escolher esta teoria como base, durante a assistência deve estar atento para sua correta aplicação bem como para o constante estudo e busca pela atualização de

seus pressupostos, pois em 2005 a autora modificou a teoria, propondo um novo modelo de processo, o qual substitui os fatores da Teoria do Cuidado pelos elementos do Clinical Caritas. Ao expor estes elementos, amplia seus conceitos, incluindo a sacralidade do ser cuidado, a conexão do ser humano para um plano que extrapola o concreto e visual e a proposição do healing (recomposição, restauração, reconstituição do ser) que não deve ser entendido como cura (Mathias, 2006).

Sua teoria tem o ser humano como ponto de convergência de todas as ações de Enfermagem, a integralidade de corpo, mente e espírito em um processo transpessoal. O processo Clinical Caritas vem abordar o outro com delicadeza, com sensibilidade, dando-lhe atenção especial, exercitando uma atenção cuidadosa. Watson não explicita em sua teoria um modelo de aplicabilidade, seguindo as fases do processo de enfermagem como outras teóricas o fazem.

O processo Clinical Caritas é composto de dez elementos e os números ao lado dos elementos correspondem à ordem que a teorista propõe, no entanto não há necessidade de se seguir uma ordem, devido sua integralidade. São eles (Watson, 2005):

1. Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado;
2. Ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado;
3. Cultivar práticas próprias espirituais e do “eu transpessoal”, ultrapassando o próprio ego;
4. Desenvolver e manter a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico;
5. Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como conexão profunda com seu próprio espírito e o da pessoa cuidada;

6. Usar-se criativamente e todas as maneiras de conhecer, como parte do processo de cuidar, engajando-se em práticas artísticas de cuidado-reconstituição;
7. Engajar-se em experiência genuína de ensino aprendizagem, que atenda à unidade do ser e dos significados, tentando manter-se no referencial do outro;
8. Criar um ambiente de reconstituição (healing), em todos os níveis, sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados;
9. Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o que é essencial ao cuidado humano, o que potencializará o alinhamento de corpo-mente-espírito, totalidade e unidade do ser, em todos os aspectos do cuidado;
10. Dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e da qual a do ser cuidado.

Em função de a aplicabilidade dos fatores Carative/Clinical Caritas servirem como estrutura e ordem de uma base teórico-filosófica para a disciplina e profissão de Enfermagem, faz-se necessário compreender que os ideais e os fatores de cuidado e processos propostos promoverão a evolução, o aprofundamento e a sustentação da humanidade (Watson, 2007).

Assim sendo, o objetivo desse estudo é analisar a aplicação do Processo Clinical Caritas, de Jean Watson, na assistência de Enfermagem brasileira por meio da análise das produções científicas publicadas de 2005 a 2010. Para isto, levou-se em consideração a seguinte questão norteadora: O Processo Clinical Caritas está sendo aplicado na assistência de enfermagem brasileira?

METODOLOGIA

Estudo descritivo por meio de uma revisão bibliográfica sistemática. Uma revisão sistemática, assim como outros tipos de estudo de revisão, é uma forma de pesquisa que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema (Sampaio & Macinni, 2007).

As amostras foram coletadas entre os meses de abril e maio de 2010, por busca de produção científica acerca do tema, selecionadas em base de dados eletrônicas, no qual foi utilizada uma amostra por conveniência. Dois revisores avaliaram independentemente os artigos selecionados. Todos os estudos identificados foram avaliados com a possibilidade de serem aprovados ou não de acordo com os critérios de exclusão e inclusão.

Os critérios de inclusão foram: artigos científicos que aplicam o processo Clinical Caritas na assistência de enfermagem brasileira; com publicação a partir de 2005 (ano que foi criado o processo Clinical Caritas) a 2010. Os descritores foram: Teoria de enfermagem; Cuidado; Enfermagem e como palavra chave Jean Watson.

A investigação se deu por meio de levantamento de produções científicas em bases de dados eletrônicas específicas da saúde, quais sejam: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library On-line), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System), BDENF (Base de dados de Enfermagem).

A avaliação dos artigos teve como base os passos da realização de avaliação crítica de literatura do JAMA (Journal of American Medical Association) que são: 1- identificação e seleção dos estudos; 2- leitura crítica (avaliação da qualidade); 3- avaliar o resumo do artigo; 4- apresentação; 5- perguntas; 6- síntese (Castro,

2003). Contudo, foi utilizado um instrumento para análise dos estudos que consiste em um formulário para obtenção dos dados. Marconi e Lakatos (2008) definem formulário como sendo uma lista formal, catálogo ou inventário destinado à coleta de dados resultantes da observação ou do interrogatório, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador, à medida que faz as observações ou recebe as respostas, ou pelo pesquisado, sob sua orientação. A análise dos dados será apresentada descritivamente de acordo com os dados expostos na tabela 1.

RESULTADOS

Após a pesquisa nas quatro bases de dados eletrônicas, e com a aplicação dos descritores e palavras-chave, analisados dentro dos critérios de inclusão e exclusão, foram encontrados cinco artigos que mostravam a aplicação do Processo Clinical Caritas na assistência de enfermagem brasileira. A LILACS foi a base eletrônica onde foi encontrado a maioria dos artigos, num total de três. Já na Medline não há presença de artigos que tragam essa temática. E os dois restantes aparecem nas bases Scielo e Bdenf (TABELA 1).

BASE DE DADOS	ANO	LOCAL	ÁREA DA ENFERMAGEM	MÉTODOS	TIPO DE ESTUDO	FORMAÇÃO DOS AUTORES
BDEF	2006	RJ	Saúde da Mulher	Análise crítica de CHINN-KRAMER	Descritivo	Doutora (1) Doutoranda (2)
SCIELO	2006	SC	Saúde do adulto e do idoso.	Qualitativo	Exploratório	Doutora (1) Mestre (1)
LILACS	2006	SC	Saúde mental	Fenomenológico	Estudo de caso	Doutora (2) Mestre (1)
LILACS	2006	SC	Unidade de Terapia Intensiva	Qualitativo	Exploratório	Doutora (1) Mestranda (1)
LILACS	2007	RJ	Hemodiálise	Qualitativo	Fenomenológico	Doutora (1) Mestre (1)

Tabela 1: Caracterização dos trabalhos publicados que utilizaram o processo Clinical Caritas na assistência de enfermagem brasileira. 2010.

O ano que mais foi publicado o assunto abordado foi 2006, com quatro artigos. Os locais de realização dos estudos se concentraram em dois estados: Rio de Janeiro e Santa Catarina, surgindo essencialmente nas regiões Sul

e Sudeste brasileiras. As áreas da enfermagem se apresentaram de formas variadas, com saúde da mulher, saúde do idoso, saúde mental, terapia intensiva e hemodiálise. Em relação a abordagem metodológica dos estudos predominou a forma qualitativa com três, e o tipo de estudo na sua maioria foi exploratório (TABELA 1), sendo que apenas um artigo foi recorte de dissertação de mestrado. Destaca-se que todos os autores dos artigos analisados são do sexo feminino. Quanto a sua formação acadêmica, a maioria são doutoras em enfermagem e as demais doutorandas, mestres e mestrandas. A seguir todos esses dados apresentados de forma sucinta.

DISCUSSÃO

Observa-se que o Processo Clinical Caritas da teoria ainda é pouco explorado pelos enfermeiros e a sua aplicação na assistência de enfermagem brasileira necessita avançar, pois apenas cinco artigos que abordavam o tema foram encontrados em quatro bases de dados eletrônicas.

O número reduzido de publicações que abordam o processo Clinical Caritas e sua contribuição para a enfermagem brasileira deve-se ao fato da mudança recente da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson. (Fávero, Méier, Lacerda, Mazza, & Kalinowski, 2009). Muitos estudos ainda demonstram a utilização dos fatores de cuidado ou parte deles, que são a base da Teoria Transpessoal, antes da utilização para o processo Clinical Caritas.

A utilização dos descritores é importante na busca de artigos durante uma revisão sistemática de bases eletrônica, no uso das quatro bases pesquisadas apresentou-se essencialmente a palavra cuidado.

A necessidade de classificar as informações para futuros levantamentos em estudos e pesquisas levou a criação de descritores, também conhecidos como unitermos ou palavras-chaves (key-words), tornando mais fácil o levantamento bibliográfico. A escolha criteriosa e adequada destes unitermos é fundamental para que a indexação permita a recuperação de seus trabalhos, quando procurados pelos seus pares em uma pesquisa bibliográfica. (Oliveira, 2003).

As pesquisas encontradas foram realizadas apenas nos estados do Rio de Janeiro e Santa Catarina, provavelmente devido ao fato de que esses estados, assim como o Ceará, são os únicos locais no Brasil, que possuem conexão direta com a autora Jean Watson. Ela também visitou várias vezes a região Sul do país e atuou como parceira no programa de Pós Graduação da Região Sul, da Universidade de Federal de Santa Catarina.

A curva do número de egressos de doutorados nas duas últimas décadas é bastante satisfatória, talvez seja chegada a hora de estimular mais os estágios pós-doutorais, no País e no exterior. Há grande carência de estágios pós-doutorais no Brasil comparada às estatísticas norte-americanas. (Guimarães, 2011). Isso poderia aproximar os grupos de pesquisa em diversos países, fazendo gerar um fluxo mais contínuo de conhecimento e experiências exitosas de vários pesquisadores internacionais. Além disso, aproximaria os grandes teóricos de enfermagem aos estudiosos da área no Brasil.

A abordagem metodológica mais utilizada nos artigos foi a qualitativa, muito utilizada nas pesquisas de enfermagem. Esse método científico tem a função de tornar possível a abordagem da realidade a partir das perguntas feitas pelo investigador.

Em se tratando do método qualitativo, este é o que se aplica ao estudo da história, das re-

lações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, resultados das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam, constroem seu artefatos e a si mesmas (Minayo, 2006). Esse tipo de método de pesquisa parece ser o preferencial quando se aplica as teorias e modelos assistenciais de enfermagem.

O processo Clinical Caritas pode servir de embasamento para diferentes áreas da assistência de enfermagem, pois uma teoria de enfermagem pode ser implementada nas instituições e serviços de saúde, com implantação do processo de enfermagem, em todas as suas fases, sendo adequado de acordo com a teoria escolhida. A própria Jean Watson afirma que a ciência do cuidado propõe que a enfermagem, individual e coletivamente, contribua para a preservação da humanidade.

Todos os artigos são produções de interesse acadêmico e percebe-se que na formação das autoras há um predomínio de doutoras em enfermagem. Santos (2007) cita que os cursos de pós-graduação contribuíram para a constituição do hábito científico das enfermeiras, mediante a concentração dos esforços individuais no sentido de realizar uma atividade de pesquisa como requisito necessário à obtenção da titulação requerida, caracterizando assim, o estreito vínculo entre a pós-graduação e o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem no Brasil. Isso mostra que a aplicação dessa teoria ainda concentra-se em trabalhos vinculados a área da pesquisa acadêmica.

Porém é interessante ressaltar que, a realização da pesquisa científica, através da observação do pesquisador sobre a realidade, tem como objetivo responder perguntas para a construção de novos conhecimentos. No que concerne ao pesquisador, esse pode aprimorar seus conhecimentos no que diz respeito à

ciência e ao método científico propriamente dito. Referente a sociedade, as respostas aos questionamentos dos pesquisadores podem gerar melhoria de condições de vida. Para a comunidade científica, essa terá em suas mãos resposta a um questionamento anteriormente não respondido e através dele poderá realizar novos questionamentos, além disso, enquanto enfermeiro poderá aplicar e testar o novo conhecimento gerado na sua prática.

CONCLUSÃO

Este estudo apontou que há uma necessidade de mais produções brasileiras que apliquem o processo Clinical Caritas, bem como a própria teoria de J. Watson, como forma de abordagem do cuidar, ainda pouco utilizada na prática assistencial, buscando estimular sua implantação nos serviços de saúde e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente e a comunidade no Brasil.

REFERÊNCIAS

- Castro, A.A. (2003): Avaliação crítica de literatura:roteiro para sessão de artigos e revistas. Disponível em: <http://www.hccpg.rn.gov.br/downloads/artigos/MEDICINA_BASEADA_EM_EVIDENCIAS/avaliacaocriticadaliteratura.pdf>. Consultado em 18/01/2011.
- Castro, A.A. (2001): O que é necessário para fazer uma revisão sistemática.Disponível em: <http://metodologia.org/wp-content/uploads/2010/08/lv5_rsl03.PDF> . Consultado em18/01/2011.
- Fávero, L.; Méier, M.M.; Lacerda, M. R.; Mazza, V. A.; Kallinowski, L.C. (2009): Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. Acta paul. enferm. 22(2), 213-8.
- George, J.B. (2000): Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Guimarães, R. (2011): Desafios da pós-graduação em saúde humana no Brasil. Rev Saúde Publica 45(1), 1-13
- Minayo, M.C.S. (2006): O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec,
- Marconi, M.A; Lakatos, E.M. (2008): Técnicas de Pesquisa : planejamento e execução de pesquisas ,amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. Atlas. São Paulo.
- Mathias, J.J.S. (2006): Processo clinical caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. Acta Paulista Enfermagem 19(3), 332-7.
- Oliveira, E.F.B.; Azevedo, J.L.M.C.; Fagundes, D.J. (2003): Avaliação de descritores na angiologia e cirurgia vascular em artigos publicados em dois periódicos nacionais. Acta Cir. Bras.18(1), 62-72.
- Pessoa, S.M.F.; Pagliuca, L.M.F.; Damasceno, M.M.C. (2003):Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. Revista Enfermagem UERJ 14(3), 87-92.
- Sampaio, R.F; Mancini, M.C. (2007): Estudos de Revisão Sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Revista Brasileira de Fisioterapia 11(1),83-89.
- Santos, T.C.F; Gomes, M. L.B. (2007): Nexos entre pós-graduação e pesquisa em Enfermagem no Brasil. Rev. bras. enferm. 60(1), 91-95.
- Waldow, V.R.; Lopes, M.J.M.; Meyer, D.E. (1995): Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Artes Médicas. Porto Alegre:
- Watson, J. (1979): Nursing : the philosophy and science of caring. Litte Brown. Boston.
- Watson, J. (2005): Caring science as sacred science. FA.Davis. Philadelphia.
- Watson, J. (2007): Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto Contexto Enfermagem 16(7), 129-35.

Cuidado de Saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia

Health Care: an approach to theoretical-philosophical phenomenology

Atención de la Salud: una aproximación a la fenomenología teórico-filosófica

¹Telma Elisa Carraro; ²Silvana Silveira Kempfer; ³Luciara Fabiane Sebold; ⁴Marília de Fátima de Vieira de Oliveira; ⁵Maria Terezinha Zeferino; ⁶Daysi Jung da Silva Ramos; ⁷Ariane Thaise Frello

¹Enfermeira, Pós Doutora pela Universidade Estadual de São Paulo – USP - Ribeirão Preto, Doutora e Mestre pela Universidade Federal de Santa Catarina.

²Enfermeira, Mestre em Enfermagem.

³Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴Enfermeira. Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará.

⁵Enfermeira Doutoranda. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina.

⁶Fisioterapeuta. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina.

⁷Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.



Health Care: an approach to theoretical-philosophical phenomenology

ABSTRACT

Think about the care becomes a philosophical reflection, contemplation of a movement of care initiatives that fortify the knowledge that constitute the knowledge in the disciplines of health. This experience report makes approximations of phenomenological philosophy with the ontology of care, which participates in the corpus of knowledge of the

disciplines of health. Sought to know through the slit of the time the thought of Socrates, Plato, Aristotle, St. Augustine, Thomas Aquinas, Jean Jacques Rousseau, Immanuel Kant, Hegel, Edmund Husserl, Martin Heidegger, Alfred Schutz, and how these thinkers reflect ontological construction of care to our days. It is observed that the current phenomenological presents, through contributions of these important thinkers in the formation of what is understood today as care and how health professionals are bound by this theoretical basis

Keywords: health care, philosophy, phenomenology.

Atención de la Salud: una aproximación a la fenomenología teórico-filosófica

RESUMEN

Pensar sobre el cuidado se convierte en una reflexión filosófica, la contemplación de un movimiento de acciones de cuidado que

fortalezcan los conocimientos que constituyen el conocimiento en las disciplinas de la salud. Este relato de experiencia favorece las aproximaciones de la filosofía fenomenológica con la ontología de la atención, participando en el corpus de conocimiento de las disciplinas de la salud. Se busca conocer a través del tiempo el pensamiento de Sócrates, Platón, Aristóteles, San Agustín, Santo Tomás de Aquino, Jean Jacques Rousseau, Immanuel Kant, Hegel, Husserl, Edmund, Martin Heidegger, Alfred Schutz, y cómo estos pensadores reflejan construcción ontológica de la atención a nuestros días. Se observa el pensamiento fenomenológico, a través de las contribuciones de estos pensadores en la formación de los profesionales de la salud.

Palabras clave: cuidado de la salud, la filosofía, la fenomenología.

RESUMO

Pensar sobre o cuidado passa a ser uma reflexão filosófica, um movimento de contemplação das ações de cuidado que fortificam os saberes que constituem o conhecimento nas disciplinas da área da saúde. Este relato de experiência faz aproximações de filósofos fenomenólogos com a ontologia do cuidado, que participa do corpus de conhecimento das disciplinas da área da saúde. Procurou-se conhecer por meio da régua do tempo o pensamento de Sócrates, Platão, Aristóteles, Santo Agostinho, São Tomás de Aquino, Jean Jacques Rousseau, Immanuel Kant, Hegel, Edmund Husserl, Martin Heidegger, Alfred Schutz, e como estes pensadores refletem a construção ontológica do cuidado até nossos dias. Observa-se que a corrente fenomenológica traz por meio destes pensadores importantes contribuições na constituição do que é compreendido hoje

como cuidado e de como os profissionais da área da saúde mantêm-se vinculados com este eixo teórico.

Descritores: cuidados de saúde, filosofia, fenomenologia.

INTRODUÇÃO

A filosofia permeia nossas vidas ao longo do tempo, mesmo que não percebamos claramente, constantemente adotamos atitude filosófica ao contemplar a vida cotidiana e a nós mesmos, passamos assim, a indagar nossas crenças, sentimentos e a nossa existência.

Diante do exposto, é oportuno fazermos alguns questionamentos: O que é filosofia? Para que filosofia? Por que estudar filosofia na saúde? O simples fato de não aceitar de forma passiva as idéias, os fatos, as situações, os valores, os comportamentos de nossa existência cotidiana como óbvias e evidentes sem antes havê-los investigado e compreendido nos remete à um comportamento filosófico. Assim, a filosofia teria como finalidade ensinar-nos a virtude, que é o princípio do bem-viver (Chauí, 2000). Estabelecendo o elo com a saúde, a filosofia passa a incidir por meio da possibilidade de indagar as diversas situações de cuidado nos diferentes cenários e momentos históricos.

As atitudes filosóficas apresentam-se como indagações sobre o mundo que nos rodeia e relações que mantemos com ele. Nesta direção a saúde busca aperfeiçoar seu corpo de conhecimentos no sentido de aprofundar os estudos teórico-filosóficos do cuidado. Esta é a própria reflexão filosófica significando um movimento pelo qual o pensamento volta-se para ele mesmo, interrogando-se, e esta contemplação das ações de cuidado fortificam os saberes.

A “filosofia é uma busca da sabedoria por

si mesma, que resulta em uma explicação do mundo”(Ferrater-Mora,2005, p.1045). O seu sentido está pautado na investigação dos primeiros princípios, tendo, portanto um papel de fundamento da ciência e de justificação da ação humana. Sendo assim, apresenta um papel questionador, com um sentido de investigação crítica, fazendo uma relação reflexiva entre ela e outros campos do saber (Madjarof,2010). Assim, a filosofia se ocupa dos processos que levam as concepções de todos os seres e coisas e os seus respectivos papéis no mundo.

Estas reflexões conduziram a busca pelo percurso filosófico da fenomenologia e o cuidado a partir de Sócrates, destacando neste estudo, alguns pensadores de alguma forma influenciaram e foram influenciados pelo período histórico em que viveram.

Este relato de experiência teve como objetivo refletir sobre parte da trajetória de alguns filósofos a fim de chegar ao referencial filosófico da fenomenologia. As discussões foram realizadas em uma disciplina da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulada “Estudos fenomenológicos”. A disciplina, desenvolvida por meio de metodologias ativas*, ocorreu no segundo semestre de dois mil e nove e teve como objetivos: buscar conhecimentos sobre a fenomenologia; relacionar a fenomenologia com o cuidado e conforto; pautar os estudos fenomenológicos voltados para a construção dos referenciais teórico-filosóficos de teses e dissertações dos pós-graduandos participantes da disciplina.

O grupo de estudos constituiu-se de seis alunas e a professora da disciplina. Destas, seis

são enfermeiras e uma é fisioterapeuta. Os encontros eram organizados coletivamente, numa periodicidade quinzenal onde aconteciam leituras e reflexões sobre a contribuição filosófica de alguns pensadores de expressão na história do conhecimento humano. O intuito do grupo era o de estruturar uma régua do tempo para uma aproximação com a temática que envolve a fenomenologia enquanto movimento filosófico. Dessa forma, visualizamos abaixo:

Figura 1 - Régua do Tempo dos Filósofos



Fonte: Figura construída pelas autoras; ilustrações capturadas do endereço eletrônico: www.wikipedia.com.br.

Estabeleceram-se, portanto, discussões que visaram aproximações dos pensamentos destes filósofos com o cuidado humano, desde a idade antiga até os pensadores fenomenológicos contemporâneos.

Iniciamos a reflexão com Sócrates (Atenas, 469-399 a.C.) que foi o ícone da mudança histórica da filosofia grega em Pré-socrática e Pós-socrática. Utilizava em seus discursos o método da Maiêutica ou Socrática, uma forma de abordagem que leva o indivíduo a refletir sobre seu conhecimento gerando uma nova forma de pensar e validar o que já conhece (Madjarof, 2010). Nesse sentido, as reflexões voltavam-se para a busca da felicidade, do bem e das virtudes e isso nos permite aproximar

estas atitudes filosóficas do cuidado quando preservamos tais virtudes humanas junto às pessoas nas mais variadas situações relacionadas à saúde.

Essas virtudes e o pensamento buscam pela verdade e esta, relacionada com o bem, tem como seu principal discípulo Platão (Grécia, 427-347 a.C.), que transcreveu os discursos de seu mestre, Sócrates. Este pensador fundou a Academia explorando os temas a respeito da ética, política, metafísica e a teoria do conhecimento ou conhecimento certo. A ética, neste contexto, significa o que é bom para o indivíduo e para a sociedade; política para o povo grego refere-se aos cidadãos, pertence aos cidadãos; metafísica é um dos ramos da filosofia, estuda a essência do mundo tendo seu foco central na ontologia; que é o estudo da natureza do ser, da realidade, da existência dos entes, trata do ser enquanto ser; a teoria do conhecimento ou conhecimento certo era descrito como ciência, devendo corresponder à realidade, sendo em alguns momentos dotadas de conceitos universais, necessários, imutáveis e eternos. Neste, o existir é fenomenal, um outro mundo de realidades, objetivamente dotadas dos mesmos atributos dos conceitos subjetivos que as representam (Rogue, 2007).

A partir dos ensinamentos de Sócrates e Platão, seu sucessor Aristóteles (Grécia, 384-332 a.C.), passou a observar e refletir acerca da natureza e tudo o que a envolve de forma mais sistemática, através da lógica, uma perspectiva criada para explicar as experiências humanas, a qual utiliza-se de um método centrado em premissas que geram uma conclusão a partir delas. Por isto, seus escritos denominados como organón, fazem referência à lógica formal e à teoria do juízo. Pode-se vincular o pensamento aristotélico a uma aproximação com o sensível, voltado as experiências humanas e

a fenomenologia (Aristoteles, 2007).

Desta forma, compreendemos que são essas experiências humanas que constituem o cotidiano das relações de cuidado no contexto da saúde e da doença. Pois, os encaminhamentos que estes pensadores já faziam numa maneira especial de se relacionar com o mundo está significativamente presente quando nos incomodamos ou estranhamos determinadas situações no cotidiano do processo de cuidar. Portanto, o fato de existir a inconformidade já traduz a presença de várias questões do pensamento filosófico fenomenológico.

Santo Agostinho (África do Norte, 354-430), estudou sobre os escritos de Platão. Elaborou uma aproximação entre a teologia e a filosofia, o cristianismo e a filosofia de Platão, sendo assim a primeira grande síntese entre o pensamento cristão e a filosofia grega, o chamado platonismo cristão. Foi o primeiro pensador a desenvolver uma noção de interioridade - é olhando para o seu interior que o homem descobre a verdade; o que prenuncia o conceito de subjetividade do pensamento moderno. Seus estudos foram fundamentais para a consolidação da Igreja na Idade Média e sua influência como teólogo e filósofo foi tamanha que se estendeu até o século XVII, conhecido como o século de Agostinho (Marcondes, 2008).

São Tomás de Aquino (Itália, 1225-1274), desenvolveu uma filosofia própria, de forma sistemática, abordou as questões filosóficas e teológicas da sua época, baseou-se em Aristóteles. Seus escritos tiveram como objetivo central organizar um conjunto de argumentos para demonstrar e defender as revelações do cristianismo, de modo a não contrariar a fé. Mostrou que há compatibilidade entre o pensamento cristão e o aristotélico, impactando os movimentos da igreja católica por vários sécu-



los (Marcondes, 2008).

Pensar o cuidado em saúde sob o aspecto filosófico teológico no mundo contemporâneo, nos mostra uma possibilidade humana de disposição para o outro. E nesse modo de ser próprio de pensar as questões da saúde nos remete a própria existencialidade expressa por pensadores como Jean-Jacques Rousseau (Suíça, 1712-1778), que com suas idéias buscou meios para diminuir as injustiças resultantes da desigualdade social, criticando a propriedade privada como causa da miséria entre as pessoas. Acreditava que o ser humano poderia encontrar Deus em seu próprio coração. Entendia o homem natural como um ser solitário, com instinto de autopreservação, compaixão e razão potencial, sem a preocupação em manter as relações sociais (Oliveira, 2009).

Rousseau afirmava que é preciso abandonar alguns instintos naturais e aprender a limitar a própria liberdade em função do outro; que os indivíduos precisam preocupar-se com as consequências de seus atos, reconhecendo a necessidade de convivência com outros indivíduos. Valorizava ainda a educação. Entendia que os pais são os primeiros educadores e a verdadeira finalidade da educação é ensinar a criança a viver e aprender a exercer a liberdade (Neto, 2009; Souza, 2009).

Percebemos que o cuidado está presente

na vida e obra de Rousseau iniciando através de sua preocupação com a natureza e com o homem e que a educação pode auxiliar o ser humano a ser melhor, esteja ele isolado ou em sociedade. Esse é o modo de ser do cuidado que almejamos em saúde, onde o sentido fenomenológico da preocupação com o outro traduz a essência da preservação da vida.

Como um racionalista, Immanuel Kant (Alemanha, 1724-1804), elaborou o idealismo transcendental, onde todos trazem formas e conceitos a priori (aqueles que não vêm da experiência) para a experiência concreta do mundo, os quais seriam de outra forma impossível de determinar. A sua obra “Crítica da Razão Pura” o autor teve a intenção de pronunciar-se ao valor dos conhecimentos puramente racionais, como deve ser a metafísica, ou seja é necessário a busca na própria razão das regras e os limites de sua atividade, com o intuito de saber até que ponto devemos confiar na razão (Pascal, 2007).

Simultaneamente, emergiu o pensamento de Georg Hegel (Alemanha, 1770-1831), entendido como filosofia da totalidade, criando uma forma de ver e interpretar o mundo baseado na dialética, a qual configura-se em um movimento contínuo de: afirmação, chamado de tese; de negação, chamado de antítese; permitindo elaborar a síntese, que vincula-se a um novo olhar, uma nova percepção da realidade, e que por consequência, geram um novo ciclo dialético (Hegel, 2007). A forma dialética de constituir o conhecimento a partir de uma afirmação, negação e síntese, aponta possibilidades para que o cuidado seja sistematizado, organizado e implementado.

Neste cenário filosófico o pensamento existencial foi discutido a partir de Edmund Husserl (Alemanha, 1859-1938), fundador da fenomenologia, considerada como um método de

descrição e análise da consciência através do qual a filosofia tenta alcançar uma condição estritamente científica. Em outras palavras, fenomenologia é o estudo dos fenômenos, ou seja, um método de descrição da experiência do sujeito (Depraz, 2007). Seu princípio metodológico fundamental, a redução fenomenológica, preocupava-se com a experiência básica da consciência, não interpretada, e a questão do que é a essência das coisas, a redução eidética (Cobra, 2010). Definiu como redução transcendental a redução da coisa aos detalhes da sua apreensão como fenômeno da consciência propriamente; significava retirá-la de uma visão teórica, transcendente, para tomar conhecimento dela de modo preciso e objetivo, analítico, como simples experiência de consciência (Cobra, 2010).

A fenomenologia apresentada por Husserl permite observar, interpretar e compreender os fenômenos, sendo estes, constituídos pelas vivências e experiências humanas, em especial retratando neste contexto, o cuidado. Volta-se agora o olhar para as coisas mesmas, para a essência do sujeito e suas conexões com a realidade ou o mundo-da-vida, que fazem parte do contexto das disciplinas da área da saúde que trabalham diretamente com o ser humano em seu momento de maior fragilidade, e nesse sentido é necessário conhecer o outro para cuidar.

O mais conhecido discípulo de Husserl foi Martin Heidegger (Alemanha, 1889-1976), que trouxe a possibilidade de um cuidado mais autêntico ressaltando que o processo de cuidar e confortar na prática de saúde, em sua natureza, está envolvido por modos de ser e fazer que não se ocupam somente do que é feito manualmente ou por meio de aparatos tecnológicos para que se concretizem de forma segura. Mas ao contrário, cuidado e o conforto são

condutas diante da vida humana que além de habilidades técnicas requerem fundamentação teórica, pensamento crítico e responsável que reconheça as diferenças e limitações existentes no cotidiano.

Neste tempo de cuidado contemporâneo, as atitudes de comprometimento com o outro se diluem facilmente em meio aos modos excêntricos da ciência e da tecnologia, e isso parece nos deixar acostumados, achando que vivemos da melhor maneira possível, e que assegurar a vida a qualquer custo passa a ser imperativo. No entanto, se pensarmos em um tempo cronológico, no início do século XX Heidegger já estabelecia uma diferença entre os modos do humano frente à tecnologia vigente. Ele escrevia seus artigos contra o modernismo com incursões que hoje nos fazem refletir em torno do cuidado que nos identifica enquanto profissionais de saúde.

No resgate ao Dasein (ser-aí) heideggeriano entendemos que carecemos de um contexto de cuidado autêntico capaz de considerar a técnica não somente por ela mesma, mas sempre com a reflexão crítica de que o humano, enquanto àquele que realiza o cuidado, possui limites, é um ser temporal que tem espaço marcado. A manifestação dos modos de cuidar de alguém deve estar pautada em atitudes comprometidas, pois o cuidado de um tempo moderno, reconhecido pelo domínio tecnicista precisa também ser pensado, e não somente realizado por meio de aplicativos e/ou evidências objetivas, pois considera-se também a experiência e o conhecimento individual. Nesse mesmo entendimento, “ao assumir o cuidado, durante as 24 horas do dia, a Saúde necessita tomar posição também quanto à sua responsabilidade ética, legal e moral, e não apenas técnica e científica” (Carraro et al, 2008, p.504).

Assim, o sentido de cuidado em Heide-

gger, nos mostra que o cuidado do ser-aí é uma dinâmica que reúne a si próprio diante da compreensão de certa incompletude, e da iminente necessidade de lançar-se à sua realização em cada instante da existência, ou seja, é movimento contínuo, é reflexão, é pensar criticamente diante das inúmeras situações e possibilidades de cuidado. Esse é o contexto da identidade própria do humano que é construída na co-existência e na inter-relação (Silva et al, 2009).

Por fim, em correspondência com os escritos da filosofia heideggeriana compreendemos que para se chegar a um cuidado autêntico, capaz de nos aproximar da essência do cuidado devemos passar pelo que é correto, aquilo que exprime verdade, pelo que dá dignidade e respeita o limite humano. Precisamos estar em constante processo de interrogação: O que nos unifica enquanto saúde no contexto do cuidado? O que é a essência do cuidado? Qual o meu limite enquanto humano diante da vida humana? Pois, enquanto não assumirmos uma postura reflexiva continuaremos presos na condição inautêntica de ser, sem possibilidade de ultrapassar o comum e violando a dignidade humana. Neste sentido entendemos que “somente onde um tal desocultamento acontece dá-se o que é verdadeiro”(Heidegger, 2007, p. 377).

Entretanto, a fenomenologia assume outro olhar, onde o humano passa a ser considerado não somente como um uno, mas como um ser social, trazido pelo pensamento de Alfred Schutz (Áustria, 1899-1959), que tinha o propósito de estabelecer os fundamentos de uma sociologia fenomenológica compreensiva embasada nas idéias de Max Weber e Edmund Husserl. Os pensamentos de Schutz foram sendo estabelecidos no sentido de fundamentar filosoficamente as ciências sociais, procurando

saber o que é a sociologia nela mesma. Para isto, Schutz se apropria dos conceitos Husserlianos de intencionalidade, intersubjetividade e Lebenswelt (mundo vivido), além, dos conceitos Weberianos de ação, ação social e compreensão, tendo, então, a tarefa de esclarecer o sentido objetivo e o sentido subjetivo da ação. Entendeu que a resolução deste problema requer uma reflexão filosófica para a elaboração de uma teoria da ação humana e de sua compreensão, e buscou na fenomenologia as suas respostas. Dessa forma, Schutz fundamentou a sua teoria e levou a fenomenologia para o mundo da vida onde o homem se encontra situado (Schutz, 1979).

As contribuições do pensamento de Alfred Schutz na ação do cuidado caracterizam-se em ver o outro na sua dimensão humana e social no mundo da vida. Para cuidar precisamos conhecer a vida do outro, a sua situação biográfica, a sua bagagem de conhecimentos. Sendo assim, os estudos pautados em Schutz produzem conhecimentos que podem ser aplicados no mundo da vida da enfermagem em sua ação de cuidado.

A filosofia é um terreno fértil que fundamenta as discussões sobre o cuidado. Tendo em vista que o ato de cuidar preserva a própria vida, são as contemplações dos modos de ser no mundo que promovem a ampliação dos conhecimentos fenômeno Cuidar. Assim é imperativo ver o outro como um ser de direitos, dignidade e singularidade, e proporcionar meios mecanismos para desenvolver a afetividade, a abertura para a escuta e o diálogo, pois estes são valores construídos pelo ser ao longo de sua existência (Fontana, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhece-se a existência de outros autores e correntes de pensamento, porém em fun-

ção do objetivo deste estudo e a ligação com a fenomenologia estes subsidiaram a reflexão.

O pensamento filosófico constitui-se em alicerce para os profissionais da saúde no que se refere ao cuidado, que mantêm um corpus de conhecimento tangenciado por diversas disciplinas e correntes teóricas, dentre elas a fenomenologia, que traz por meio de sua concepção de mundo e de ciência, um arcabouço para fundamentar o cuidado.

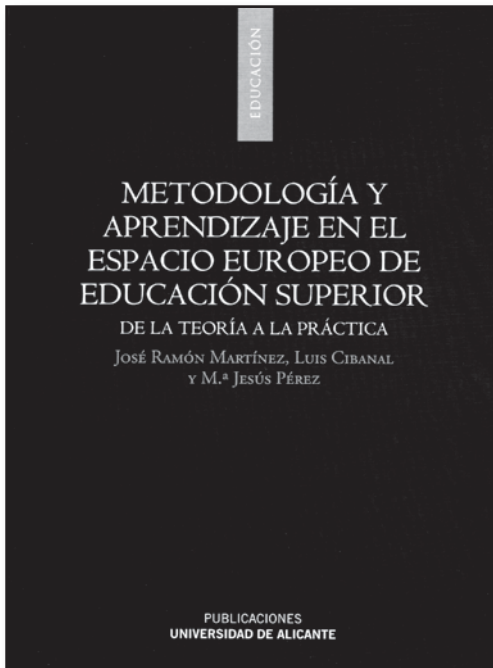
Percebe-se que o cuidado sob o olhar fenomenológico assume características axiomáticas, ontológicas, essenciais na saúde, na medida em que proporciona aos profissionais desvelar suas ações cotidianas imanentes ao ser que cuida e o ser que é cuidado.

REFERÊNCIAS

- Aristóteles.(2007) *Ética a Nicômaco*. Tradução: Pietro Nassetti. Martin Claret, São Paulo.
- Carraro, TE et al. (2008) O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puerperas. *Texto Contexto Enferm*, 17, 502-9.
- Chauí, M. (2000) *Convite à filosofia*. Ática, São Paulo.
- Cobra, RQ. (2010) Edmund Husserl. *filosofia Contemporânea*.Disponível em: <http://www.cobra.pages.com.br>. [Consult. 02 de Nov de 2010].
- Ferrater-Mora, J. (2005) *Dicionário de Filosofia*. Loyola, São Paulo.
- Fontana, RT. (2010) Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. *Rev Rene* 11,200-207.
- Heidegger, M. (2007) A questão da técnica. *Scientiae studia* 5, 375-98.
- Hegel. (2007) *Fé e Saber*. Hedra, São Paulo.
- Depraz, N. (2007) *Compreender Husserl*. Vozes, Petrópolis.
- Japiassu, H; Marcondes, D. (2006) *Dicionário básico de filosofia*. Zahar, Rio de Janeiro.
- Madjarof, R. (2010) Platão. [Internet] Disponível em <http://www.mundodosfilosofos.com.br/platao.htm>. [Consult. 02 de fev 2010].
- Marcondes D. (2008) *Iniciação à história da filosofia: Dos Pré-Socráticos a Wittgenstein*. Jorge Zahar, Rio de Janeiro.
- Oliveira, AS. (2009) *J-J Rousseau e o discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens*. Disponível em:<http://www.unicamp.br/~jmarques/cursos/rousseau2001/aso.htm> [Consult. 02 de out 2009].
- Neto, MD. (2009) *Rousseau: política, educação e liberdade*.Disponível em <http://www.unicamp.br/~jmarques/cursos/rousseau2000/mdn.htm>. [Consult. 02 de out 2009].
- Pascal, G. (2007) *Compreender Kant*. Vozes, Petrópolis.
- Rogue, C. (2007) *Compreender Platão*. Vozes, Rio de Janeiro.
- Souza, AC. (2009) *Rousseau: a arte da filosofia, literatura e educação*. Disponível em: <http://www.unicamp.br/~jmarques/cursos/rousseau2001/acs.htm> [Consult. 02 de out 2009].
- Silva, IJ. et al. (2009) Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de saúde. *Rev. Esc. Enfer*, 43, 697-703.
- Schutz, A. (1979) *Fenomenologia e relações sociais*. Zahar, Rio de Janeiro.

Miscelánea

Biblioteca comentada



**Metodología y Aprendizaje en el Espacio
Europeo de Educación Superior**
De la teoría a la práctica

José Ramón Martínez Riera
Luis Cibanal Juan
M^a Jesús Pérez Mora

*Escuela Universitaria de Enfermería,
Universidad de Alicante*

Aunque se ha hablado y se habla mucho sobre el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que empieza a implantarse, no siempre se comprende bien en qué consiste éste y, aun comprendiéndolo en cierta medida, tanto pro-

fesores como alumnos apenas disponen de una reflexión profunda que los oriente sobre su significado y sus implicaciones, ni de instrumentos eficaces que faciliten su propia integración en el nuevo marco de estudios.

Esta obra, desde el conocimiento y la reflexión, pretende ser tanto una ayuda y un soporte, como una referencia para todos aquellos que tienen la firme voluntad de asumir el nuevo rol que les corresponde en el EEES. Además, el análisis y la exposición que aquí se ofrecen de las teorías más significativas sobre el aprendizaje permitirán a los lectores no solo acceder a ellas y sus autores, y comprender la influencia de cada una en los procesos de enseñanza-aprendizaje, sino, además, conocer sus aportaciones específicas, la influencia a que han ejercido o ejercen y su evolución respectiva, para, finalmente, aplicar lo que se estime como más apropiado en cada caso. Por otra parte, la aplicación del Role-Playing como herramienta metodológica, que aquí se propone, facilitará la puesta en práctica de lo descubierto. Podrá entonces comprobarse como quedan bien justificados muchos de los planteamientos del EEES.

Solicítalo a:

Publicaciones Universidad de Alicante
<http://publicaciones.ua.es>

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: José Antonio Avila Olivares
Secretaría: Ricardo Martín Penáver

Vocales:

Antonio Hernández Ortuño
Fernando Fernández Camdeña
Belén Poya Pérez
Manuel Lillo Crespo
Isabel Casabona Martínez
Ana Lucía Noveira Peón
Antonio Peña Rodríguez
José M. Prazo Moreno
Antonio Vercú Rico
Remedios Yáñez Matos
M^a Argüelles Gómez Valiente
Ascensión Marroquí Rodríguez
M^a José Flores López

Elena Fajer Hernández
M^a Pilar Benito Reig
Montserrat Angulo Perea
César Rico Bellán
Belén Esteban Fernández
E. Javier Fernández Martínez
M^a Dolores Melero García
Alberto Ruiz Gómez
Sofía García Sanjuán
Salvador Lázaro Costas
Belén Coves Vidal
Ana Delgado García

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: José Siles González
Secretaría: Carmen Solano Ruiz
Vicepresidenta sección española: Francisca Hernández Martín.
Universidad Complutense, Madrid.
Vicepresidenta sección Latinoamericana: Tânia Ogusko.
Universidad de São Paulo, Brazil

Vocales:

Manuel Amezcua Martínez
Magdalena Sordo Tomás Pérez
Luis Chacal Juan
José Ramón Martínez Ilera
Amparo Nogales Espert
Antonio C. García Martínez
Manuel J. García Martínez
César Ruoso Morisco
Encarnación García Hernández
Rosa M^a Pérez Calveyres
Eva Caballón Bravo
Joen Mario Dominguez Santamaría
Carmen Chamizo Vega
Mercedes Núñez del Castillo
Miguel Castells Molino
Miguel Ángel Fernández Molino
Mercedes Rizo Baeza
Julio Huoquián Silva

Míri Lelabel Valdriño
Mami Moreno Alcaraz
M^a Teresa Prieto Vázquez
Genival Fernandes de Freitas
Alfredo Bermúdez
Fernando Porto Ramos
Luciana Bonichon Luchesi
Paulo Souza Campos
Alessandra Garrido
Alicia Grado
Oscar M. Ramos Ferreira
Isabel Soares
Teresa Colviera
Ana B. Pires
Manilha Pais Vinho de Freitas
Joel Menico
Aimerilda Moreira
Wellington Amorim
Miriam Borenstein

ORGANIZA



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante
Departamento de Enfermería

COLABORA

Colgios de Enfermería de Alicante, Castellón y Valencia
Federación Iberoamericana de Historia de Enfermería
Asociación Nacional de Historia de la Enfermería
Escuela de Enfermería (Universidad de Alicante)
Fundación Index

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante
Vicerrectorado de Innovación y Calidad
Vicerrectorado de Innovación Universitaria

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

www.npmundo.com/congreso

	Antes del 25-Oct-11	Después 25-Oct-11
Congresistas*	195 euros	230 euros
Alumnos**	60 euros	65 euros

* La inscripción incluye: Asistencia a las jornadas, cenas y almuerzos y Cena del Congreso.
** La inscripción incluye: Asistencia a los foros y talleres y a los foros y talleres.

- Reconocido de Interés Profesional por el CEOVA
- Concedidos 2 créditos de libre elección
- Solicitado Créditos para la Formación

Normas de comunicación: www.npmundo.com/congreso
fecha límite de recepción de trabajos 30 septiembre 2011

SECRETARÍA TÉCNICA

Dpto. Congresos Viajes Nuestro Pequeño Mundo
Avenida de la estación, nº 5 - 03003 Alicante
Teléfono: 965130228 • Fax: 965229907
www.npmundo.com/congreso • e-mail: congreso@npmundo.com

LA HISTORIA INTEGRADORA DE CULTURAS Y SABERES



III SIMPOSIO IBEROAMERICANO DE HISTORIA DE LA ENFERMERIA

XII CONGRESO NACIONAL

VII INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA ENFERMERIA Y

VII JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS

– Concedidos 2 créditos de libre elección –
Universidad de Alicante (España),
24, 25 y 26 de noviembre de 2011

LA HISTORIA INTEGRADORA DE CULTURAS Y SABERES



OBJETIVOS

Con la celebración de este evento científico, nos

hemos propuesto:

- Servir de plataforma de interacción y comunicación entre los historiadores de la enfermería del ámbito iberoamericano.
- Identificar el potencial de la historia como facilitadora de la integración de culturas y saberes en enfermería.
- Desarrollar una metodología cualitativa para la dialéctica salud-enfermedad, y establecer su relación con la dimensión holística de los cuidados enfermeros, desde el punto de vista de las historias, a través de la investigación fenomenológica, teórica, histórica y antropológica de los cuidados enfermeros. Así como servir de plataforma para el intercambio de estudios, y paradigmas en enfermería.
- Analizar el aspecto humanista de la enfermería mediante el estudio histórico y cultural de los cuidados.
- Promover la reflexión y el debate entre las diferentes concepciones de cuidado a través del tiempo, y sobre todo, poner en marcha una interacción pragmática entre pasado y presente, capaz de situar la enfermería en el espacio social y profesional mediante la reflexión historiográfica enfermera.
- Contribuir a la organización periódica de eventos (jornadas, congresos) en donde se expongan los trabajos relativos a los campos anteriormente expresados.
- Reflexionar sobre la dimensión histórica de las vivencias que transcurren durante los procesos de salud-enfermedad.
- Clarificar las raíces culturales históricas que delimitan los estilos de vida.

Dirigido a: **profesionales de la salud y personas vinculadas con las Ciencias Sociales y Humanidades.**

PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 24 NOVIEMBRE

MAÑANA

- 8:30 h. Entrega de documentación.
- 9:00 h. Colocación de Póster (Hall Edificio de Enfermería).
- 9:30 h. Acto de apertura.

La incidencia del CIE en la historia y socialización de la Enfermería.

Dra. Taka Oguiso (*Universidad Sao Paulo*).

11:00 h. Pausa - Café.

11:30 - 12:30 h. **Mesa Redonda N° 1:**

Historia y Cultura de los cuidados.

- Dr. Francisco Herrera Rodríguez (*Universidad de Cádiz*)
- Dr. Alfredo Bermúdez González (*UNAM México*)
- Dr. Manuel J. García Martínez (*Universidade de Sevilla*)

12:30 h. Presentación de Comunicaciones.

12:30 h. Presentación libros

Fallo Premio VIDA Y SALUD

14:00 h. **Almuerzo de trabajo**

TARDE

16:00 h. **Mesa Redonda N° 2:**

"Historia y Fenomenología: la vivencia de los cuidados a través del tiempo"

- Dr. Genival Fernández de Freitas

(*Universidad de Sao Paulo*)

- Dra. Amparo Negales Espert

(*Universidad Juan Carlos I, Madrid*)

- Dr. Fernando Porto Ramos

(*Escuela de Enfermería Alfredo Pinto UNIRIO*)

17:30 h. Presentación de Comunicaciones.

18:00 - 20:00 h. **Taller Investigación cualitativa:**

El trabajo con narrativas (Fundación Index)

20:00 h. Acto lúdico

VIERNES 25 NOVIEMBRE

MAÑANA

9:00 - 10:00 h. **Mesa redonda N° 3:**

Historia y Antropología: historia cultural de los cuidados.

- D^{ra} Teresa Miralles Sangro
(*Profesora Universidad de Alcalá de Henares*)
- Dr. Antonio García Martínez
(*Universidad de Huelva*)
- D^{ra} Julia Huaquian Silva
(*Universidad de Concepción, Chile*)

10:45 h. Pausa Café.

11:00 h. Defensa Posters.

11:15 h. Presentación de Comunicaciones.

14:00 h. Almuerzo de trabajo

TARDE

16:30 - 18:00 h. **Mesa redonda N° 4:**

La teoría de la historia de los cuidados.

- D^{ra} María Alide Dos Santos (E.S.E. Lisboa)
- D. José Antonio Avila Olivares (CECOVA)
- D. Manuel Amezcua Martínez (*Fundación Index*)

18:00 - 20:00 h. Presentación de Comunicaciones.

18:00 - 20:00 h. Reunión Constitución Federación Iberoamericana de Enfermería.

SABADO 26 NOVIEMBRE

MAÑANA

10:00 h. **Conferencia de Clausura:**

La historia como integradora de culturas y saberes.

Dra. Francisca Hernández Martín

(*Universidad Complutense de Madrid*)

11:00 h. Comunicaciones libres

13:00 h. Conclusiones y clausura

NOTA: Se podrán enviar comunicaciones digitales a través de parainform@fundacionindex.org

REVISTA DE ENFERMERÍA Y HUMANIDADES

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Domicilio

Población Cód. Postal Provincia

Teléfono Actividad profesional

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme por un año (tres números) al precio de 12 euros que abonaré mediante:

- Cheque bancario nominativo adjunto n.º _____
- Transferencia a BANCAJA, cuenta N.º **2077 0482 16 3100 518783**
- Domiciliación bancaria

*Departamento de subscripción: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
C/. Xàbia, 4 - 3º Pta. 10 - 46010 Valencia*

Cultura de los Cuidados

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros

Domicilio de la Sucursal

Población Cód. Postal Provincia

Cuenta Corriente. Libreta de Ahorros N.º

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clave del Banco	Clave y n.º de control de la sucursal	N.º de Cuenta Corriente

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota del recibo que deberé abonar anualmente en mi cuenta con esta cantidad cuyo recibo será presentado para su cobro por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

Nombre del titular de la cuenta o libreta

Fdo.: